

Bogotá D.C, Diciembre 31 de 2025

Doctor (a)

GUSTAVO AXEL VARGAS GALINDO - Dirección Científica, **CARLOS FERNANDO GONZALEZ PRADA** - Dirección Administrativa, **LEONARDO DUARTE DÍAZ** - Proceso Gestión Integrada de la Calidad, **NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO** - Proceso Atención al Usuario Familia y Comunidad Proyecto Estadística (E) y Subdirección de Defensoría del Usuario (E), **ADRIANA VANESSA CABALLERO HERNANDEZ** - Coordinadora de Apoyo y Enlace Administrativo Sedes HRZ y UFZ, **ANA CAROLINA SERNA RUBIO** - Coordinadora Sede UFZ, **NESTOR ANDRES RODRÍGUEZ ORDOÑEZ** - Gestor Asistencial Sede HRZ, **YANET CRISTINA GIL ZAPATA** - Proceso Gestión Financiera, **MARTHA LUCIA GONZALEZ** - Proceso Gestión del Talento Humano y Proceso Gestión de Hotelería Hospitalaria (E), **ALEXANDRA BELTRAN SUAREZ** - Proceso Gestión Servicios Ambulatorios, **ANA CECILIA BURGOS CORTES** - Biomédica Sede HRZ, **ANA MARÍA VILLEGAS WAGNER** - Seguridad del Paciente Sede HRZ, **ANDREA CORREDOR GARNICA** - Auditoría Médica Sede HRZ y UFZ, **ANDRÉS ENRIQUE JIMÉNEZ BURGOS** - Sistemas Sede HRZ, **ÁNGELA DANIELA PASTRANA GONZALEZ** - Gestión del Riesgo Sede HRZ, **ÁNGELA MARÍA DEL PILAR GÓMEZ VARGAS** - Salud Pública Sede UFZ, **ANGÉLICA MARÍA GÓMEZ NOVA** - Facturación Sedes HRZ y UFZ, **CARLOS HARBEY JAIMES** - Proceso Gestión Servicios Quirúrgicos, **CARLOS JULIO GARCIA PERLAZA** - Proceso Docencia Innovación y Gestión del Conocimiento (E) y Subdirección Ginecología, **CARMEN YAMILE GÓMEZ RODRÍGUEZ** - Proyecto de Nutrición, **CESAR ESTEBAN RICAURTE ROMERO** - Ambiental Sede UFZ, **CLAUDIA PILAR CONTRERAS CONTRERAS** - Estadística Sede UFZ, **CLAUDIA YADIRA CIFUENTES SOSA** - Proyecto Almacén General, **CLERY LUZ TARAPUES** - Proyecto Cuentas Médicas, **CRISTIAN CAMILO JIMÉNEZ IBAÑEZ** - Imágenes de la Sabana Sede UFZ, **DANIA LIZZETH BELLO PARRA** - Ambiental Sede HRZ, **DOMINGO HERNÁNDEZ QUINTERO** - Objeciones Bogotá, **DORIS HELENA TORRES ACOSTA** - Subdirección Enfermería, **EDGAR HUMBERTO RODRIGUEZ BENAVIDES** - Proceso Gestión Jurídica (E) y Proyecto de Control Interno Disciplinario, **ELIZABETH CASTILLO FETECUA** - Trabajo Social Sede HRZ, **ESLENDY YINET ROBAYO MUÑOZ** - Seguridad del Paciente Sede UFZ, **FERNANDA RODRÍGUEZ RIAÑO** - San Cayetano, **GABRIEL ANGEL RAMÍREZ** - Proceso Bienes y Servicios, **GERMAN FABIÁN CENDALES CASTELLANOS** - Estadística Sede HRZ, **HEYDI XIOMARA ACERO PAEZ** - Almacén Sede HRZ, **JAVIER PRIETO RODRÍGUEZ** - Sistemas Sede UFZ, **JEFFREY MANOLO TORRES VALLADARES** - Proceso Ingeniería Hospitalaria, **JENNY ALEXANDRA WAGNER WAGNER** - Banco de Sangre Sede HRZ, **JENNY MARCELA MUÑOZ CUERVO** - Esterilización Sede HRZ, **JENNY PAOLA ALONSO LUENGAS** - Enfermería Sede HRZ, **JESUS ALFONSO CRUZ VARGAS** - Subdirección Cirugía General, **JONATHAN ALBEIRO POVEDA ORTIZ** - Facturación Bogotá, **JONIER OVIDIO RIVERA CASTAÑEDA** - Ingeniería hospitalaria Sede UFZ, **JUAN CARLOS MOLINA GUEVARA** - Proceso Tecnología Biomédica, **JULIETH OLIVEROS BARROS** - Banco de Sangre Bogotá, **KAREN SOFÍA CAVIEDES PÁEZ** - Calidad Sede HRZ, **KARLA PAOLA CORREDOR SALAZAR** - Salas de Cirugía Sede UFZ, **KEILE JESSEL RONDON ESQUIBEL** - Proceso Gestión Servicio de Urgencias, **LAURA CAMILA BUITRAGO BULLA** - Atención al Usuario Familia y Comunidad Sede UFZ, **LAURA XIMENA PACHÓN PACHÓN** - Hotelería Sede HRZ, **LEIDY TATIANA SUAREZ** - Cartera, **LIBY PAOLA PARADA CASTRO** - Terapia Sede HRZ, **LINA MARÍA MORALES CAMACHO** - Patología Sede HRZ, **LUIS AUGUSTO OLAYA PALACIOS** - Proceso Gestión de la Información TIC, **LUISA ALEJANDRA ESPINOSA POLO** - Enfermería Sede UFZ, **LUISA ALEJANDRA PARDO RICO** - Proceso Gestión Servicios Hospitalarios, **LUISA JULIANA TORRES** - Cogua, **LUZ DARY RUIZ ROMERO** - Subdirección Personal, **MAGDA BIBIANA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ** - Nutrición Sedes HRZ y UFZ, **MARGARET LIZBET MONTERO MORENO** - Unidad Quirúrgica Sede HRZ, **MARÍA ANGELICA FORERO AHUMADA** - Gestión Documental Sede UFZ, **MARÍA ISABEL RAMÍREZ PLAZAS** - Salud Pública Sede HRZ, **MARÍA MARCELA JIMÉNEZ** - Consulta Externa Sede HRZ, **MARIA TERESA OSPINA CABRERA** - Subdirección Unidad Cuidados Intensivos, **MARILYN DANIELA RODRÍGUEZ JIMÉNEZ** - Biomédica Sede HRZ, **MARLESBY SOTELO PUERTO** - Subdirección de Contabilidad, **MARTHA CECILIA ARIAS PORTILLO** - Proceso Gestión de Salud Pública, **MILLER AHUMADA CUFÍÑO** - Ingeniería Hospitalaria Sede HRZ, **OLGA PATRICIA CHACÓN** - Proyecto Tesorería, **OMAR ALBERTO VARGAS ANGARITA** - Activos Fijos Sede HRZ, **OMAR OLIMPO VELANDIA FORERO** - Subdirección Medicina Interna, **OMAR ROBERTO PEÑA DÍAZ** - Subdirección Ortopedia, **PAOLA ALEJANDRA PINEDA GARZÓN** - Odontología Sede UFZ, **PAOLA MARGARITA MARTÍNEZ** - Salud Pública Sede UFZ, **RUBÉN MAURICIO URREGO MOSCOSO** - Urgencias Sede HRZ, **RUTH MARGOTH ROJAS RODRÍGUEZ** - Proceso Gestión Apoyo Diagnóstico, **SANDRA PATRICIA PULIDO BARRAGÁN** - Proyecto Enfermería, **SHARON YINIBETH PINEDA CAICEDO** - Farmacia Sede HRZ, **SOLANYI ESPERANZA GARZÓN ÁVILA** - Proceso Inteligencia de Mercados, **SONIA MAYERLY GONZÁLEZ FORIGUA** - Laboratorio Sede UFZ, **TATIANA MILENA LINERO GONZALEZ** - Imágenes de la Sabana Sede HRZ,

CI2025500001885

05GIN15 – V8Página 2 de 2

VALENTINA PÉREZ CASTAÑO - Gestión Documental Bogotá, **WANDERLEY ORJUELA BARRETO** – Proyecto Farmacia, **WILLIAM EDUARDO GÓMEZ GUEVARA** – Urgencias Referencia y Contrareferencia, **WILLIAM MAURICIO RIVEROS CASTILLO** – Subdirección Neurocirugía, **WILMAR FERNANDO JIMÉNEZ GUERRERO** – Almacén Sede UFZ, **YADIRA ALEJANDRA PACHECO MORALES** – Esterilización Bogotá, **YAMILE ANDREA UBAQUE RODRÍGUEZ** – Proceso Gestión Servicios Complementarios.
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
E. S. D.

REFERENCIA: Informe final Auditoría plan de seguimientos a procesos institucionales y riesgos asociados vigencia 2025

Cordial saludo,

Adjunto informe final de la Auditoría de la referencia, se solicita que, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al envío del presente informe de auditoría, se elabore el correspondiente plan de mejoramiento con base en las recomendaciones que así lo requieran. Dicho plan deberá formularse conforme a lo establecido en:

- el procedimiento 02CIN01-V2, Actividad 21
- el instructivo "Lineamiento oportunidades de mejora", Código 06GIC03-V2, y
- el procedimiento "Formulación, Seguimiento y Cierre de Plan Único de Mejora por Proceso", código 02GIC03-V10.

Adicionalmente se envía una encuesta de satisfacción relacionada con la auditoría mencionada, dirigida a cada líder de proceso para su diligenciamiento. El objetivo de esta encuesta es identificar oportunidades de mejora en el proceso de auditoría interna independiente.

Se anexan sesenta y ocho (68) folios

Cordialmente;

YETICA JHASVELLI HERNÁNDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

c.c. Jorge Andrés López Quintero - Gerente

Aprobó: Yetica Jhasvelli Hernández Ariza
Elaboro: Claudia Yamile Rubiano
Reviso: Claudia Yamile Rubiano



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE

05CIN01-V2



05GIC92-V1

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

NIT. 899.999.032-5

**AUDITORÍA PLAN DE SEGUIMIENTOS A PROCESOS INSTITUCIONALES Y RIESGOS ASOCIADOS
(Oficios)**

INFORME FINAL DE AUDITORÍA

Bogotá D.C, Diciembre / 2025

Contenido

| | |
|---|----|
| 1. Aspectos generales | 4 |
| 1.1. Objetivos | 4 |
| 1.1.1. Objetivo general | 4 |
| 1.1.2. Objetivos específicos | 4 |
| 1.2. Alcance de la auditoría | 4 |
| 1.2.1. Periodo cubierto | 5 |
| 1.2.2. Procesos involucrados | 5 |
| 1.2.3. Actividades incluidas | 5 |
| 1.2.4. Exclusiones | 5 |
| 1.3. Metodología | 5 |
| 1.4. Base legal | 5 |
| 1.5. Normas internas | 6 |
| 1.6. Objetivos estratégicos asociados a la auditoria | 7 |
| 1.7. Políticas asociadas a la auditoria | 8 |
| 1.8. Encuesta de Pre-saberes – Auditoría de Seguimientos 2025 | 11 |
| 1.8.1 Tabulación de las respuestas | 14 |
| 1.8.2. Resultados individuales de la encuesta | 16 |
| 1.8.3. Análisis cualitativo de percepciones | 18 |
| 1.9. Estándares de acreditación asociados a la auditoria | 40 |
| 1.9.1. Estándares de Dirección y Gerencia | 40 |
| 1.9.2. Estándares de Planeación, Evaluación y Mejora Continua | 40 |
| 1.9.3. Estándares de Gestión del Riesgo | 41 |
| 1.9.4. Estándares de Gestión de la Información | 41 |
| 1.9.5. Estándares de Cultura Organizacional y Competencias | 41 |
| 1.10. Componentes y Elementos del MECI | 41 |
| 2. Desarrollo de la auditoria | 42 |
| 2.1. Indicadores | 46 |
| 2.1.2. Relación de los temas objeto de seguimiento con los objetivos estratégicos | 47 |

| | |
|--|----|
| 2.1.3. Temas objeto de seguimiento Vs Indicadores de Alemera..... | 50 |
| 2.1.4. 5 temas con indicadores directamente relacionados | 56 |
| 2.1.5. 8 Indicadores sin Ningún Indicador Relacionado | 56 |
| 2.1.6. Análisis de los indicadores del hospital vs los objetivos estratégicos..... | 60 |
| 2.1.7. Objetivos Sin Medición Explícita o Medidos Parcialmente (4 Objetivos) | 60 |
| 2.1.8. Objetivos Medidos Directamente (4 Objetivos) | 61 |
| 2.2. Riesgos..... | 61 |
| 2.2.1. Análisis de los objetivos estratégicos vs la matriz de riesgos institucional..... | 63 |
| 3. Evaluación de respuestas entregadas del informe preliminar..... | 65 |
| 4. Recomendaciones | 65 |

1. Aspectos generales

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo general

Evaluar el nivel de cumplimiento normativo, la efectividad de los controles, la gestión de riesgos y el desempeño institucional asociado a los 38 temas críticos definidos, con el fin de determinar brechas, identificar debilidades de control, valorar el impacto sobre los objetivos estratégicos y emitir recomendaciones que fortalezcan el Sistema de Control Interno y la gestión de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

1.1.2. Objetivos específicos

Gestión del Riesgo

- Determinar si los riesgos asociados a los 38 temas están incluidos, valorados y actualizados en la Matriz de Riesgos Institucional.
- Establecer si existen riesgos no identificados o no tratados dentro de los sistemas de gestión institucional.
- Valorar el nivel de exposición al riesgo en cada tema y su impacto sobre el cumplimiento de los objetivos estratégicos del HUS.

Cumplimiento institucional y estratégico

- Determinar el grado de alineación entre los 38 temas y los objetivos estratégicos del HUS.
- Identificar impactos sobre sostenibilidad financiera, calidad del servicio, acreditación, habilitación, riesgos asistenciales y reputacionales.

Seguimiento a temas críticos

- Verificar el estado de las acciones correctivas y compromisos derivados de auditorías previas
- Proponer acciones de mejora y recomendaciones orientadas a fortalecer procesos, controles y cumplimiento normativo.

1.2. Alcance de la auditoría

La auditoría abarca únicamente los 38 temas definidos, organizados en las siguientes categorías:

- **Gestión del talento humano:** entrenamiento, manual de funciones, meritocracia, SST, plan de vacantes, jóvenes 2365/2019.
- **Gestión financiera y fiscal:** cartera, facturación electrónica, nómina electrónica, estampilla, riesgo fiscal, centros de costos, austeridad del gasto.
- **Contratación pública y compras:** supervisión, SECOP II, acciones de repetición, litigios, insumos y MMQ, inventarios/PPE.
- **Gestión administrativa y organizacional:** entrega de cargos, cultura organizacional, comités MIPG, FURAG, cumplimiento de planes y programas.
- **Seguridad y cumplimiento sectorial:** SARLAFT, seguridad y privacidad de la información, NTC 5854, NTC 6047.
- **Servicios asistenciales y docencia:** convenios docencia-servicio, personal de cocina, equilibrio hospital regional Zipaquirá.
- **Auditorías e integridad:** auditoría concurrente, alertas de corrupción, sanciones a la ESE.

1.2.1. Periodo cubierto

Periodo enero - diciembre del año 2025.

1.2.2. Procesos involucrados

Incluye los procesos responsables de cada tema, principalmente:

- Talento humano
- Gestión financiera
- Facturación y cartera
- Compras y contratación
- Jurídica
- Tecnología
- Calidad y Seguridad del Paciente
- Servicios asistenciales
- Gestión de riesgos
- Archivo y gestión documental
- Planeación y MIPG
- Direcciones de sede y subdirecciones

1.2.3. Actividades incluidas

- Revisión documental y de soportes.
- Pruebas de cumplimiento normativo.
- Verificación de evidencia digital y física.
- Entrevistas con responsables de procesos.
- Validación de indicadores, registros y reportes.
- Análisis del riesgo asociado a cada uno de los 38 temas.
- Evaluación de controles, matrices de riesgo y acciones de mejora.
- Revisión de informes anteriores y trazabilidad de hallazgos.

1.2.4. Exclusiones

- Actividades no relacionadas con los 38 temas definidos.
- Auditorías forenses, fiscales o disciplinarias (remiten a entes competentes).
- Verificación de hechos posteriores al periodo auditado, salvo continuidad del riesgo.

1.3. Metodología

Revisión de la información publicada en Almera, pagina web y realización de encuesta de presaberes para recolectar información.

1.4. Base legal

- **Ley 87 de 1993** — crea obligaciones del sistema de control interno y establece la Oficina de Coordinación del Control Interno; **Art.14** exige al Jefe OCI publicar cada seis meses un informe de evaluación independiente del estado del SCI.

- **Decreto 1083 de 2015** (Decreto Único Reglamentario de la Función Pública) — desarrolla obligaciones operativas y de informe del Jefe de Control Interno (informes ejecutivos anuales y otras obligaciones).
- **Decreto 1499 de 2017 y Manual Operativo MIPG** — definen seguimiento, FURAG, comités y rol del Jefe OCI en la implementación del MIPG.
- **Normas sectoriales:** Resolución 0312/2019 (SST), DIAN (resoluciones facturación electrónica y nómina electrónica), Ley 1581/2012 (protección de datos), Ley 645/2001 (estampilla), Ley 678/2001 (acción de repetición), Ley 1474/2011 (anticorrupción), NTC 5854 y NTC 6047 (ICONTEC). (Citas específicas arriba).

1.5. Normas internas

Procedimiento Auditoría Interna Independiente identificado con código 02CIN01-V2, cuyo objetivo es; “Desarrollar un conjunto integral de acciones para la planificación, programación, ejecución y reporte de los resultados de auditorías y evaluaciones, facilitando la toma de decisiones orientadas a la mejora continua y al cumplimiento de los objetivos de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana. Para lograr este objetivo, se desarrolla las siguientes etapas: Programación anual de Auditorías, planificación de cada auditoría, ejecución de la Auditoría, comunicación de los resultados y seguimiento a los planes de mejoramiento”.

Manual de Gestión del Riesgo identificado con código 01GIC14-V4, cuyo objetivo es; “Documentar la metodología de administración y gestión de los riesgos para el HUS, con el fin de presentar la articulación de las diferentes herramientas utilizadas para gestionar los mismos de acuerdo con su tipología, lo anterior a través de la identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos con el fin de prevenir la ocurrencia o minimizar el impacto en el cumplimiento de los objetivos trazados desde la alta dirección y consignada por cada uno de los procesos. Enmarcado desde lo emanado en la Política de Administración de Riesgos”.

Política Administración del Riesgo identificada con código 01GIC14-V4, la cual es; “La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana se compromete a fomentar la cultura basada en riesgos a través de la implementación de la gestión integral de los riesgos mediante la identificación, valoración, control, monitoreo de los riesgos y la estandarización de sus controles, de acuerdo a sus tipologías; Operacional SICO (Corrupción, Opacidad y Fraude) fiscal y de seguridad digital, que pudieran afectar el logro de los objetivos estratégicos y de los procesos institucionales, en concordancia con los sistemas de gestión aplicables de la institución, determinando la gestión de las acciones de control oportunas para evitar la materialización del riesgo y mitigar su probabilidad e impacto a través de los roles de autoridad y responsabilidad definidos en las líneas de defensa institucionales.

Procedimiento Control de Indicadores identificado con código 02GIC11-V4, cuyo objetivo es; “Establecer los lineamientos metodológicos para la gestión de indicadores (Estratégico, Tácticos y Operativos), desde su diseño, implementación, medición análisis, evaluación y toma de decisiones, con el fin de asegurar resultados en la gestión integral del Hus y sus sedes”.

Procedimiento Formulación, seguimiento y cierre del Plan Único de Mejora por Proceso “PUMP” identificado con código 02GIC03-V10, cuyo objetivo es; “Detectar aspectos a mejorar y planear posibles acciones de mejora definiendo los mecanismos que permitan alcanzar las metas u objetivos propuestos, identificando e interviniendo los riesgos que se puedan presentar a los proceso de la institución dentro del hospital”.

1.6. Objetivos estratégicos asociados a la auditoria

Según el Acuerdo No. 041 de 2024, por medio del cual se aprueba el Plan de Desarrollo 2024-2028 y el Plan Operativo Anual Armonizado de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana, se dictan nueve (9) objetivos estratégicos institucionales. De estos, ocho (8) presentan relación directa con la auditoría en mención para la vigencia 2025.

SOCIAL – Línea: HUS Sostenibilidad

Objetivo Estratégico No. 1: Fortalecer la responsabilidad social en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana a través de la implementación 10 proyectos relacionados con la eficiencia energética, optimización de recursos hídricos, salud preventiva, educación, convenios de cooperación para el año 2028, que impacte a los diferentes grupos de interés, con un 80% de satisfacción en las evaluaciones de impacto social y comunitario, promoviendo el bienestar colectivo y alineados con los valores éticos institucionales.

CLIENTE – Línea: HUS Te Cuida

Objetivo Estratégico No. 2: Incrementar el índice de satisfacción del cliente en un 6% para el año 2028, mediante la implementación de un programa de atención centrado en la persona y una nueva escala de calificación de la experiencia del paciente.

Objetivo Estratégico No. 3: Aumentar en un 20% el número de pacientes atendidos en servicios de alta complejidad durante el año 2028, a través de la implementación de estrategias que permita ampliar la cobertura en la prestación del servicio y reducir los tiempos de espera, sin comprometer la calidad de la atención

FINANCIERO – Línea: HUS Optimiza

Objetivo Estratégico No. 4: Lograr un incremento del 20% en el valor EBITDA de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana para el año 2028, mediante la implementación de un sistema de costos y una gestión financiera integral, la automatización de procesos de facturación y cobro, asegurando la sostenibilidad financiera y la eficiencia en los procesos administrativos a largo plazo.

PROCESOS INTERNOS – Línea: HUS Productiva

Objetivo Estratégico No. 5: Fortalecer el desempeño de la gestión clínica en el Hospital Universitario de la Samaritana, con énfasis en la atención a grupos vulnerables, a través de la certificación de los servicios de salud en habilitación y demás certificaciones que fortalezcan la implementación de las rutas integrales de atención para el año 2028.

Objetivo Estratégico No. 6: Incrementar la generación de conocimiento e innovación como Hospital Universitario a través de la participación del 10% de las publicaciones científicas indexadas en bases de datos nacionales e internacionales, congresos internacionales y convenios docencia servicio, mejorando la

calificación de los grupos de investigación en la convocatoria del Ministerio de Ciencias, Tecnología e Innovación (MinCiencias) y el reconocimiento de los grupos no reconocidos para el 2028.

Objetivo Estratégico No. 7: Fortalecer el Sistema de Gestión Integrado de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana a través del mejoramiento de los estándares de calidad, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos, logrando un aumento igual o superior a 3,7 en la calificación externa del SUA para el año 2028.

CRECIMIENTO APRENDIZAJE – Línea: HUS Transforma

Objetivo Estratégico No. 8: Aumentar en un 20% la participación de los profesionales asistenciales y administrativos en programas de formación continua y diplomados en nuevas tecnologías médicas y administrativas para el 2028, a través de un plan de incentivos y asignación de tiempos específicos durante el horario laboral para cursos acreditados que contribuyan a la mejora de la atención y la formación del personal.

NUESTRO LEGADO

El Hospital Universitario de la Samaritana será referente en el PAÍS de la ruta integral de atención en salud materno perinatal, riesgo cardiovascular y accidente cerebrovascular con un modelo de medicina basada en el valor a través de la rentabilidad social y financiera.

1.7. Políticas asociadas a la auditoría

La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana dispone actualmente de un marco normativo institucional compuesto por dieciocho (18) políticas y dos (2) manuales, los cuales constituyen instrumentos fundamentales de orientación, regulación y control para el desarrollo de sus procesos misionales, estratégicos y de apoyo. Dichos documentos establecen lineamientos claros en materia de gestión administrativa, financiera, clínica, ambiental, social y de talento humano, asegurando que la entidad opere bajo principios de legalidad, transparencia, eficiencia y responsabilidad social.

Este conjunto normativo no solo respalda la gestión cotidiana de la institución, sino que también sirve de referencia obligatoria en el contexto de las auditorías internas, al proporcionar criterios de evaluación y parámetros de cumplimiento que permiten verificar la correcta aplicación de los procedimientos, la trazabilidad de las operaciones y la alineación con los objetivos estratégicos definidos en el Plan de Desarrollo 2024–2028.

- 01 Políticas, Programas y Manuales (20)
- 01DE05-V1 POLÍTICA DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA (V 1.0)
 - 01DE12-V1 POLÍTICA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES (V 1.0)
 - 01DE26-V1 POLÍTICA PRESCRIPCIÓN (V 1.0)
 - 01GES02-V2 POLÍTICA GESTIÓN DOCUMENTAL (V 2.0)
 - 01GES03-V7 POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO (V 7.0)
 - 01GES04-V4 POLÍTICA DAÑO ANTJURÍDICO (V 4.0)
 - 01GES06-V2 POLÍTICA DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO (V 2.0)
 - 01GES07-V2 MANUAL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DEL TERROSRISMO - SARLAFT (V 2.0)
 - 01GES08-V3 POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (V 3.0)
 - 01GES09-V1 POLÍTICA DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO (V 1.0)
 - 01GES10-V4 POLÍTICA AMBIENTAL (V 4.0)
 - 01GES11-V4 POLÍTICA DOCENCIA, INNOVACIÓN Y GESTION DEL CONOCIMIENTO (V 4.0)
 - 01GES12-V2 POLÍTICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (V 2.0)
 - 01GES13-V1 POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN (V 1.0)
 - 01GES14-V2 POLÍTICA NO REUSO DE DISPOSITIVOS MEDICOS DE UNICO USO (V 2.0)
 - 01GES15-V1 POLÍTICA DE CONTROL INTERNO (V 1.0)
 - 01GES16-V2 RESPONSABILIDAD SOCIAL (V 2.0)
 - 01GES17-V2 POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (V 2.0)
 - 01GES18-V2 POLÍTICA DE GESTIÓN DE TALENTO HUMANO Y TRANSFORMACIÓN CULTURAL (V 2.0)
 - 01GES20-V2 MANUAL DE INTEGRIDAD (V 2.0)
- 02 Procedimiento (16)

De las **dieciocho (18) políticas y dos (2) manuales** con los que cuenta la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, se identificó que **nueve (9) políticas** guardan una relación directa y significativa con el objeto de la presente auditoría interna independiente, en tanto que establecen lineamientos normativos, éticos y operativos que regulan el manejo de los recursos públicos y fortalecen el sistema de control institucional. Las políticas asociadas son:

| Código | Nombre del Documento | Relación con la Auditoría |
|------------|---|---|
| 01GES02-V2 | Política de Gestión Documental | Asegura trazabilidad, organización y conservación de soportes que evidencian el cumplimiento de procesos institucionales. |
| 01GES03-V7 | Política de Administración del Riesgo | Regula la identificación, valoración y mitigación de riesgos institucionales, eje central de la auditoría. |
| 01GES07-V2 | Política de Calidad y Mejoramiento Continuo | Vincula la auditoría con los procesos de mejora derivados del seguimiento a hallazgos y recomendaciones. |
| 01GES08-V3 | Manual SARLAFT | Aunque enfocado en lavado de activos, establece controles financieros que pueden ser revisados en auditorías de riesgo. |
| 01GES15-V1 | Política de Control Interno | Fundamenta el ejercicio auditor, estableciendo principios y mecanismos de verificación institucional. |
| 01GES19-V2 | Manual de Integridad | Refuerza los principios éticos y de transparencia que deben regir los procesos institucionales auditados. |
| 01GES11-V4 | Política de Docencia, Innovación y Gestión del Conocimiento | Relacionada con el uso de resultados de auditoría como insumo para la mejora institucional y aprendizaje organizacional. |
| 01GES16-V2 | Política de Responsabilidad Social | Aplica si el seguimiento incluye procesos con impacto |

| Código | Nombre del Documento | Relación con la Auditoría |
|------------|---|---|
| | | comunitario o proyectos sociales institucionales. |
| 01GES18-V2 | Política de Gestión de Talento Humano y Transformación Cultural | Aplica si se auditan procesos relacionados con formación, desempeño o cultura organizacional. |

En el contexto del Marco General del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el cual está conformado por diecinueve (19) políticas de gestión pública, se establece un conjunto de directrices estratégicas que orientan el funcionamiento institucional hacia la eficiencia, la transparencia, la calidad en la prestación de servicios y el fortalecimiento del control interno. Estas políticas constituyen el marco de referencia obligatorio para la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de los procesos administrativos, operativos y misionales, incluyendo aquellos relacionados con la administración del servicio de alimentos en el Hospital Universitario de la Samaritana.



2.3. Políticas de Gestión y Desempeño Institucional

Las políticas de Desarrollo Administrativo que establecía la Ley 489 de 1998, cambian su denominación a políticas de Gestión y Desempeño Institucional, las cuales se entienden como el conjunto de lineamientos, directrices e instrucciones formulados por las entidades líderes de política para el desarrollo de la gestión y el desempeño institucional de las entidades y organismos del Estado; estas políticas pueden operar a través de planes, programas, proyectos, metodologías o estrategias y pueden contar con instrumentos de recolección de información administrados por una o varias de las entidades líderes. Las 19 Políticas de Gestión y Desempeño Institucional se enuncian a continuación:

1. Planeación Institucional
2. Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público
3. Talento humano
4. Integridad
5. Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción
6. Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
7. Servicio al ciudadano
8. Participación ciudadana en la gestión pública
9. Racionalización de trámites
10. Archivos y Gestión documental⁵
11. Gobierno Digital
12. Seguridad Digital
13. Defensa jurídica
14. Gestión del conocimiento e innovación
15. Control interno
16. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional
17. Mejora Normativa⁶
18. Gestión de la Información Estadística⁷
19. Compras y contratación pública

El Sistema de Gestión se complementa y articula con otros sistemas, modelos y estrategias que establecen lineamientos y directrices en materia de gestión y desempeño para las entidades públicas, tales como el Sistema Nacional de Servicio al Ciudadano y el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de Gestión Ambiental y de Seguridad de la Información. Así mismo, es compatible con los modelos de acreditación específicos, establecidos para los sectores de Educación y Salud.

3. Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG

⁵ En 2018 se actualizó la denominación de esta política, que originalmente solo tenía alcance en materia de gestión documental.

⁶ Mediante Decreto 1299 de 2019 se incorpora la política de Mejora Normativa a cargo del Ministerio de Justicia y del Derecho.

⁷ Aprobada en la Sesión del Consejo para la Gestión y el Desempeño Institucional del 18 de octubre de 2019 y adoptada mediante Decreto 454 de 2020.

En el marco del **Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)**, adoptado como referente obligatorio para la gestión pública en Colombia, se establecen **diecinueve (19) políticas de Gestión y Desempeño Institucional**, orientadas a fortalecer la eficiencia administrativa, la transparencia, la calidad en la prestación de servicios y el control interno en las entidades del Estado.

La auditoría interna correspondiente al Plan de Seguimientos a Procesos Institucionales y Riesgos Asociados – Vigencia 2025 se encuentra alineada con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el cual establece un conjunto de políticas públicas orientadas a fortalecer la eficiencia administrativa, la transparencia, el control interno y la mejora continua en las entidades del Estado.

En este contexto, se identifican once (11) políticas MIPG como directamente relacionadas con el objeto de evaluación de la presente auditoría:

| Nº | Política MIPG | Relación con la Auditoría |
|----|---|--|
| 1 | Planeación Institucional | La auditoría verifica el cumplimiento de planes, metas y acciones definidas en los procesos institucionales. |
| 2 | Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público | Evalúa la trazabilidad y eficiencia en el uso de recursos asignados a los procesos auditados. |
| 3 | Talento humano | Aplica si se auditan procesos relacionados con desempeño, formación o asignación de responsabilidades. |
| 4 | Integridad | Refuerza los principios éticos en la gestión institucional, clave en el análisis de riesgos. |
| 5 | Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción | La auditoría contribuye a la rendición de cuentas y prevención de prácticas indebidas. |
| 6 | Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos | El seguimiento permite identificar oportunidades de mejora en los procedimientos institucionales. |
| 10 | Archivos y Gestión documental | Verifica la existencia, organización y trazabilidad de soportes que respaldan los procesos auditados. |
| 14 | Gestión del conocimiento e innovación institucional | Los hallazgos alimentan el aprendizaje organizacional y la mejora continua. |
| 15 | Control interno | La auditoría es una herramienta clave para evaluar la efectividad del sistema de control interno. |
| 16 | Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | Permite medir el cumplimiento de metas, identificar desviaciones y fortalecer la gestión institucional. |
| 19 | Compras y contratación pública | Aplica si se auditan procesos que involucran adquisiciones o ejecución contractual con recursos públicos. |

Estas políticas constituyen el marco de referencia obligatorio para la formulación de observaciones, hallazgos y recomendaciones, y permiten que la auditoría se alinee con los principios rectores del MIPG, contribuyendo al fortalecimiento del sistema de control interno, la mejora de los procesos administrativos y la garantía de una gestión institucional transparente, eficiente y orientada a resultados.

1.8. Encuesta de Pre-saberes – Auditoría de Seguimientos 2025

Mediante comunicado con consecutivo Orfeo CI2025500001816, fechado el 09 de diciembre del 2025, y a través de correo electrónico enviado en la misma fecha, se socializó la encuesta titulada “Encuesta de Pre-saberes – Auditoría de Seguimientos 2025”, como parte de las actividades de apertura de la Auditoría Plan de seguimientos a procesos institucionales y riesgos asociados – Vigencia 2025. La encuesta fue aplicada

durante una reunión remota realizada el jueves 11 de diciembre de 2025, en el horario de 10:00 a.m. a 11:00 a.m., a través del enlace: <https://meet.google.com/bfr-xwif-fqh>. Para este ejercicio fueron citados ochenta y ocho (88) responsables de proceso, de los cuales treinta y cinco (35) diligenciaron la encuesta, lo que representa un 40% de participación respecto del total de los procesos socializados.

Los responsables de proceso que, pese a haber sido convocados, no diligenciaron la encuesta, y que corresponden al 60% restante, se relacionan a continuación, con el fin de dejar trazabilidad sobre la cobertura del ejercicio:

| RESPONSABLE DE PROCESO NO PRESENTARON ENCUESTA | |
|---|---|
| 1 | Gustavo Axel Vargas Galindo - Dirección Científica |
| 2 | Carlos Fernando Gonzalez Prada - Dirección Administrativa |
| 3 | Leonardo Duarte Díaz - Proceso Gestión Integrada De La Calidad |
| 4 | Nubia Del Carmen Guerrero Preciado - Proceso Atención Al Usuario Familia Y Comunidad |
| 5 | Yanet Cristina Gil Zapata - Proceso Gestión Financiera |
| 6 | Martha Lucia Gonzalez - Proceso Gestión Del Talento Humano Y Gestión De Hotelería Hospitalaria |
| 7 | Alexandra Beltran Suarez - Proceso Gestión Servicios Ambulatorios |
| 8 | Ana Cecilia Burgos Cortes – Biomédica Sede HRZ |
| 9 | Andrés Enrique Jiménez Burgos - Sistemas Sede HRZ |
| 10 | Ángela Daniela Pastrana Gonzalez - Gestión Del Riesgo Sede HRZ |
| 11 | Ángela María Del Pilar Gómez Vargas – Salud Pública Sede UFZ |
| 12 | Angélica María Gómez Nova - Facturación Sedes HRZ Y UFZ |
| 13 | Cesar Esteban Ricaurte Romero – Ambiental Sede UFZ |
| 14 | Claudia Pilar Contreras Contreras – Estadística Sede UFZ |
| 15 | Cristian Camilo Jiménez Ibáñez – Imágenes De La Sabana Sede UFZ |
| 16 | Dania Lizzeth Bello Parra - Ambiental Sede HRZ |
| 17 | Edgar Humberto Rodríguez Benavides - Gestión Jurídica Y Proyecto De Control Interno Disciplinario |
| 18 | Elizabeth Castillo Fetecua - Trabajo Social Sede HRZ |
| 19 | Eslendy Yinet Robayo Muñoz – Seguridad Del Paciente Sede UFZ |
| 20 | Fernanda Rodríguez Riaño – San Cayetano |
| 21 | Gabriel Ángel Ramírez - Proceso Bienes Y Servicios |
| 22 | German Fabián Cendales Castellanos - Estadística Sede HRZ |
| 23 | Heydi Xiomara Acero Paez - Almacén Sede HRZ |
| 24 | Javier Prieto Rodríguez – Sistemas Sede UFZ |
| 25 | Jeffrey Manolo Torres Valladares - Proceso Ingeniería Hospitalaria |
| 26 | Jenny Alexandra Wagner Wagner – Banco De Sangre Sede HRZ |
| 27 | Jenny Marcela Muñoz Cuervo - Esterilización Sede HRZ |
| 28 | Jonier Ovidio Rivera Castañeda – Ingeniería Hospitalaria Sede UFZ |

| | |
|----|--|
| 29 | Karen Sofía Caviedes Páez - Calidad Sede HRZ |
| 30 | Karla Paola Corredor Salazar – Salas De Cirugía Sede UFZ |
| 31 | Laura Camila Buitrago Bulla – Atención Al Usuario Familia Y Comunidad Sede UFZ |
| 32 | Laura Ximena Pachón Pachón - Hotelería Sede HRZ |
| 33 | Liby Paola Parada Castro - Terapia Sede HRZ |
| 34 | Lina María Morales Camacho - Patología Sede HRZ |
| 35 | Luis Augusto Olaya Palacios - Proceso Gestión De La Información TIC |
| 36 | Luisa Alejandra Espinosa Polo – Enfermería Sede UFZ |
| 37 | Luisa Juliana Torres – Cogua |
| 38 | Luz Dary Ruiz Romero - Subdirección Personal |
| 39 | Magda Bibiana Rodríguez Rodríguez – Nutrición Sedes HRZ Y UFZ |
| 40 | Marilyn Daniela Rodríguez Jiménez - Biomédica Sede HRZ |
| 41 | Marlesby Sotelo Puerto - Subdirección De Contabilidad |
| 42 | Olga Patricia Chacón – Proyecto Tesorería |
| 43 | Omar Alberto Vargas Angarita - Activos Fijos Sede HRZ |
| 44 | Omar Roberto Peña Díaz - Subdirección Ortopedia |
| 45 | Paola Margarita Martínez - Salud Pública Sede UFZ |
| 46 | Sandra Patricia Pulido Barragán – Proyecto Enfermería |
| 47 | Sharon Yinibeth Pineda Caicedo - Farmacia Sede HRZ |
| 48 | Solanyi Esperanza Garzón Ávila – Proceso Inteligencia De Mercados |
| 49 | Tatiana Milena Linero Gonzalez - Imágenes De La Sabana Sede HRZ |
| 50 | Valentina Pérez Castaño - Gestión Documental Bogotá |
| 51 | Wanderley Orjuela Barreto – Proyecto Farmacia |
| 52 | Wilmar Fernando Jiménez Guerrero – Almacén Sede UFZ |
| 53 | Yadira Alejandra Pacheco Morales – Esterilización Bogotá |

Una vez tabuladas y calificadas las respuestas de los treinta y cinco (35) responsables de proceso que participaron en el ejercicio, se realizó el análisis correspondiente de la encuesta, la cual estuvo conformada por un total de ciento cincuenta y dos (152) preguntas, desagregadas en diferentes componentes.

Para efectos del análisis cuantitativo, se evaluaron exclusivamente las treinta y ocho (38) preguntas cerradas con única opción de respuesta, en tanto estas permiten obtener una medición objetiva y estandarizada sobre el nivel general de apropiación de los temas normativos, técnicos y de gestión abordados en la Auditoría Plan de Seguimientos a procesos institucionales y riesgos asociados. Si bien se emplea el término “asertividad” y se asigna una calificación porcentual, este ejercicio no corresponde a una evaluación de desempeño individual ni a una prueba de conocimiento con fines calificativos, sino a un instrumento diagnóstico orientado a identificar tendencias, brechas y oportunidades de fortalecimiento institucional.

Las preguntas restantes, correspondientes a percepciones cualitativas, tales como la identificación de debilidades, fortalezas y aportes asociados a ejes de acreditación, no fueron objeto de calificación, sino que se analizaron de manera descriptiva y se consolidaron como insumo para el análisis cualitativo, así como para la formulación de conclusiones y recomendaciones del presente informe. A partir de este ejercicio se obtuvieron los siguientes resultados.

1.8.1 Tabulación de las respuestas

Con el fin de consolidar los resultados obtenidos en las preguntas cerradas con única opción de respuesta correcta, a continuación, se presenta la tabulación general de las treinta y ocho (38) preguntas evaluadas, indicando el porcentaje de asertividad alcanzado por los responsables de proceso participantes.

Esta tabulación permite identificar de manera objetiva el nivel de conocimiento general frente a los temas normativos, técnicos y de gestión abordados en la Auditoría Plan de seguimientos a procesos institucionales y riesgos asociados – Vigencia 2025, y sirve como base para el análisis posterior de fortalezas y oportunidades de mejora.

| TABULACIÓN GENERAL DE LAS PREGUNTAS CERRADAS DE LA ENCUESTA | | |
|---|--|-----------------------------|
| No. | Pregunta | % De Asertividad En General |
| 1. | ENTRENAMIENTO EN EL PUESTO DE TRABAJO ¿Cuál es la finalidad del entrenamiento en el puesto de trabajo dentro de la gestión del talento humano en una E.S.E. pública? | (100%) |
| 2. | CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LA COCINA Según la normativa de habilitación y estándares, ¿qué debe incluir la capacitación del personal de servicios alimentarios? | (100%) |
| 3. | SEGUIMIENTO CONVENIOS DOCENCIA-SERVICIO ¿Qué debe verificar la E.S.E. en convenios docencia-servicio con universidades? | (100%) |
| 4. | SEGUIMIENTO A ELABORACIÓN Y EVALUACIÓN DE ACUERDOS DE GESTIÓN ¿Cuál es el propósito principal de los acuerdos de gestión? | (100%) |
| 5. | COBRO DE CARTERA En control interno, ¿qué exige el MECI respecto al manejo de cartera en la E.S.E.? | (100%) |
| 6. | SEGUIMIENTO A CARTERA > 360 DÍAS ¿Cuál es la acción técnica frente a cartera en mora superior a 360 días? | (97%) |
| 7. | FACTURACIÓN ELECTRÓNICA — CUMPLIMIENTO DE NORMATIVA APLICABLE ¿Qué exige la normativa de facturación electrónica aplicable al sector salud? | (100%) |
| 8. | SEGUIMIENTO RESULTADOS DE AUDITORÍA CONCURRENTE ¿Cuál es la finalidad del seguimiento a hallazgos de auditoría concurrente? | (100%) |
| 9. | USO RECAUDO ESTAMPILLA PRO-HOSPITALES ¿Cómo debe usarse el recaudo de la estampilla pro-hospitales? | (92%) |
| 10. | ANÁLISIS DE CENTROS DE COSTOS (RESOLUCIÓN 157 DE 2024) ¿Por qué se analizan centros de costos en la E.S.E.? | (100%) |

| | | |
|-----|--|--------|
| 11. | SOPORTES DE LA SUPERVISIÓN DE CONTRATOS ¿Cómo debe documentarse la supervisión de contratos? | (100%) |
| 12. | DECLARACIÓN DE RENTA DE GERENTES PÚBLICOS Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERESES ¿Qué norma obliga al reporte de conflicto de intereses y declaraciones patrimoniales? | (100%) |
| 13. | SEGUIMIENTO DEL ENVÍO DE LA INFORMACIÓN LITIGIOSA ¿Cuándo debe enviar la E.S.E. información litigiosa a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado (ANDJE)? | (92%) |
| 14. | CIRCULAR EXTERNA 01 DE 2024 SECOP II (COLOMBIA COMPRA) ¿Qué exige la Circular Externa 001 de 2024 relacionada con el aplicativo de la Ley de Emprendimiento? | (92%) |
| 15. | ACCIONES DE REPETICIÓN ¿En qué caso procede la acción de repetición contra un servidor público? | (97%) |
| 16. | MONITOREO A ENTREGA DE CARGOS (LEY 951/2005) ¿Cuál es el objetivo del monitoreo a la entrega y recepción de cargos? | (100%) |
| 17. | SARLAFT ¿Qué exige la implementación del SARLAFT en organizaciones que deben aplicarlo? | (100%) |
| 18. | AVANCES EN IMPLEMENTACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA ¿Qué exige la DIAN respecto a la facturación electrónica? | (100%) |
| 19. | IMPLEMENTACIÓN DE NÓMINA ELECTRÓNICA ¿Cuál es la obligación principal de nómina electrónica? | (100%) |
| 20. | SEGUIMIENTO PUNTO DE EQUILIBRIO ¿Qué implica monitorear el punto de equilibrio en gestión hospitalaria? | (100%) |
| 21. | CUMPLIMIENTO DE MANUAL DE FUNCIONES ¿Qué exige el marco normativo sobre el manual de funciones? | (100%) |
| 22. | AUSTERIDAD DEL GASTO ¿Qué significa aplicar austeridad del gasto en una E.S.E.? | (100%) |
| 23. | MERITOCRACIA — CIRCULAR EXTERNA NO 100-003-2024 ¿Qué debe garantizar un proceso meritocrático? | (100%) |
| 24. | FURAG — PLAN DE MEJORAMIENTO — IMPLEMENTACIÓN DE MIPG ¿Qué mide el FURAG? | (100%) |
| 25. | COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO MIPG ¿Cuál es la función del Comité Institucional de Gestión y Desempeño? | (100%) |
| 26. | MONITOREO A INVENTARIOS, PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO ¿Qué exige la normativa contable pública sobre inventarios y activos fijos? | (100%) |

| | | |
|-----|---|--------|
| 27. | INSUMOS, MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICO FALTANTES ¿Qué debe hacerse ante faltantes de insumos críticos? | (100%) |
| 28. | SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) Obligación del empleador en SST: | (97%) |
| 29. | PLAN ANUAL DE VACANTES / PREVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS ¿Qué debe sustentar el plan anual de vacantes? | (100%) |
| 30. | ALERTAS DE CORRUPCIÓN ¿Qué debe generar una alerta de corrupción según MIPG/MECI? | (87%) |
| 31. | SEGUIMIENTO A PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS / PLAN DE MEJORAMIENTO ARCHIVÍSTICO / PGRHS ¿Qué responsabilidad tiene el líder de proceso sobre planes y proyectos? | (100%) |
| 32. | ALERTAS SACI Ante una alerta de irregularidad administrativa que podría afectar recursos públicos, ¿qué debe hacer la E.S.E. para cumplir su deber de control fiscal interno? | (100%) |
| 33. | SEGUIMIENTO A INDICADORES DE PROCESOS ¿Por qué son esenciales los indicadores de proceso? | (97%) |
| 34. | CONTROL FISCAL Y SANCIONES Cuando la E.S.E. recibe una sanción o multa impuesta por un organismo de control (Contraloría, Superintendencia Nacional de Salud u otra autoridad), ¿cuál es la actuación correcta que debe realizar internamente para cumplir con el control fiscal y la responsabilidad administrativa? | (87%) |
| 35. | MODELO DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN ¿Qué exige la implementación de seguridad y privacidad de la información en la E.S.E.? | (100%) |
| 36. | NORMA NTC 5854 — AUDITORÍAS DE ACCESIBILIDAD WEB ¿Qué exige la NTC 5854 respecto a portales web institucionales? | (100%) |
| 37. | NORMA NTC 6047 — INFRAESTRUCTURA ¿Qué busca la NTC 6047 en infraestructura hospitalaria? | (100%) |
| 38. | SEGUIMIENTO RESULTADOS DE MEDICIÓN DE CULTURA ORGANIZACIONAL ¿Para qué sirve medir la cultura organizacional según MIPG? | (100%) |

1.8.2. Resultados individuales de la encuesta

A partir de las respuestas registradas por los responsables de proceso que participaron en la “Encuesta de Pre-saberes – Auditoría de Seguimientos 2025”, y con base en las treinta y ocho (38) preguntas cerradas con única opción de respuesta correcta, a continuación, se presentan los resultados individuales obtenidos por cada proceso, expresados en términos de calificación porcentual.

| # | Resultados individuales de la encuesta de pre-saberes | Calificación |
|---|---|--------------|
|---|---|--------------|

| | | |
|----|---|------|
| 1 | Carmen Yamile Gómez Rodríguez – Proyecto De Nutrición | 84% |
| 2 | María Isabel Ramírez Plazas - Salud Pública Sede HRZ | 89% |
| 3 | Domingo Hernández Quintero - Objeciones Bogotá | 95% |
| 4 | Leidy Tatiana Suarez – Cartera | 95% |
| 5 | Miller Ahumada Cufiño - Ingeniería Hospitalaria Sede HRZ | 95% |
| 6 | Sonia Mayerly González Forigua – Laboratorio Sede UFZ | 95% |
| 7 | Jonathan Albeiro Poveda Ortiz – Facturación Bogotá | 97% |
| 8 | Luisa Alejandra Pardo Rico – Proceso Gestión Servicios Hospitalarios | 97% |
| 9 | María Angelica Forero Ahumada – Gestión Documental Sede UFZ | 97% |
| 10 | María Teresa Ospina Cabrera - Subdirección Unidad Cuidados Intensivos | 97% |
| 11 | Yamile Andrea Ubaque Rodríguez – Proceso Gestión Servicios Complementarios. | 97% |
| 12 | Adriana Vanessa Caballero Hernandez - Coordinadora De Apoyo Sedes HRZ Y UFZ | 100% |
| 13 | Ana Carolina Serna Rubio - Coordinadora Sede UFZ | 100% |
| 14 | Nestor Andres Rodríguez Ordoñez - Gestor Asistencial Sede HRZ | 100% |
| 15 | Ana María Villegas Wagner - Seguridad Del Paciente Sede HRZ | 100% |
| 16 | Andrea Corredor Garnica - Auditoría Médica Sede HRZ Y UFZ | 100% |
| 17 | Carlos Harbey Jaimes - Proceso Gestión Servicios Quirúrgicos | 100% |
| 18 | Carlos Julio Garcia Perlaza - Proceso Docencia Innovación Y Gestión Del Conocimiento (E) Y Subdirección Ginecología | 100% |
| 19 | Claudia Yadira Cifuentes Sosa - Proyecto Almacén General | 100% |
| 20 | Clery Luz Tarapues - Proyecto Cuentas Médicas | 100% |
| 21 | Doris Helena Torres Acosta - Subdirección Enfermería | 100% |
| 22 | Jenny Paola Alonso Luengas - Enfermería Sede HRZ | 100% |
| 23 | Jesus Alfonso Cruz Vargas - Subdirección Cirugía General | 100% |
| 24 | Juan Carlos Molina Guevara – Proceso Tecnología Biomédica | 100% |
| 25 | Julieth Oliveros Barros – Banco De Sangre Bogotá | 100% |
| 26 | Keile Jessel Rondon Esquibel - Proceso Gestión Servicio De Urgencias | 100% |
| 27 | Margaret Lizbet Montero Moreno - Unidad Quirúrgica Sede HRZ | 100% |
| 28 | María Marcela Jiménez - Consulta Externa Sede HRZ | 100% |
| 29 | Martha Cecilia Arias Portillo - Proceso Gestión De Salud Pública | 100% |
| 30 | Omar Olimpo Velandia Forero - Subdirección Medicina Interna | 100% |
| 31 | Paola Alejandra Pineda Garzón – Odontología Sede UFZ | 100% |
| 32 | Rubén Mauricio Urrego Moscoso - Urgencias Sede HRZ | 100% |
| 33 | Ruth Margoth Rojas Rodríguez – Proceso Gestión Apoyo Diagnóstico | 100% |
| 34 | William Eduardo Gómez Guevara – Urgencias Referencia Y Contrareferencia | 100% |
| 35 | William Mauricio Riveros Castillo – Subdirección Neurocirugía | 100% |

1.8.3. Análisis cualitativo de percepciones

Las preguntas abiertas incluidas en la encuesta permitieron identificar percepciones de los responsables de proceso frente a debilidades, fortalezas y aportes a los ejes de acreditación asociados a los temas evaluados. Estas respuestas fueron analizadas de manera cualitativa, agrupando los principales aspectos recurrentes con el fin de identificar tendencias y oportunidades de mejora institucional.

1. Entrenamiento en el Puesto de Trabajo

Debilidades percibidas: se identifican debilidades recurrentes asociadas a la insuficiencia de tiempo para la inducción y el entrenamiento, dificultades en la planeación y programación, alta rotación del personal que afecta la continuidad del proceso, limitaciones de recursos y referentes de educación, debilidades en la documentación y trazabilidad, así como resistencia al cambio y problemas de apropiación de protocolos, especialmente en el ámbito asistencial.

Fortalezas percibidas: las respuestas evidencian la existencia de procesos formales de inducción y reinducción, entrenamiento documentado y apoyado en herramientas digitales y listas de chequeo, disponibilidad de personal con experiencia como facilitadores, disposición del personal para el aprendizaje, trabajo colaborativo y contribución al cumplimiento de estándares de calidad y seguridad del paciente.

Estándares de acreditación relacionados: talento Humano y Gestión por Competencias; Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo; Mejoramiento de la Calidad; Humanización de la Atención; Gestión de la Información y Trazabilidad; Cumplimiento de requisitos de habilitación (Resolución 3100 de 2019); Sistemas de Gestión de la Calidad (ISO 9001).

2. Capacitación al Personal de la Cocina

Debilidades percibidas: se identifican debilidades recurrentes relacionadas con la insuficiencia de tiempo para la inducción y el entrenamiento, alta rotación del personal que afecta la continuidad y el nivel de competencias al ingreso, ausencia de un plan estructurado y estandarizado de capacitación por cargo, debilidades en el seguimiento y evaluación posterior al entrenamiento, y limitaciones de recursos. Adicionalmente, se evidencian brechas en la actualización y apropiación de las Buenas Prácticas de Manufactura, seguridad alimentaria y normativa sanitaria vigente, así como dificultades en la comunicación interprofesional y resistencia al cambio frente al cumplimiento documental y normativo.

Fortalezas percibidas: las respuestas destacan la existencia de procesos de inducción y planes de capacitación documentados, disponibilidad de protocolos y manuales de BPM, personal con experiencia y conocimiento previo en manipulación de alimentos, adecuada conciencia sobre higiene e inocuidad alimentaria, disposición positiva para el aprendizaje, entrenamiento en el puesto de trabajo con aplicación práctica, buena comunicación interna y cumplimiento de requisitos normativos relacionados con la seguridad alimentaria, contribuyendo a la reducción de riesgos sanitarios y a la seguridad del paciente.

Estándares de acreditación relacionados: talento Humano y Competencias del Personal de Servicios de Apoyo; Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo; Buenas Prácticas de Manufactura; Mejora Continua y Gestión de la Calidad; Humanización de la Atención; Gestión de la Información; Ambiente Físico y Tecnología; Cumplimiento de requisitos de habilitación (Resolución 3100 de 2019); Inocuidad y manipulación segura de alimentos (Decreto 3075 de 1997).

3. Seguimiento a los Convenios Docencia-Servicio

Debilidades percibidas: las principales debilidades identificadas se concentran en la ausencia de personal permanente dedicado a la docencia y educación médica, lo que limita el acompañamiento continuo a los estudiantes; alta rotación de estudiantes y de personal asistencial con experiencia docente, afectando la continuidad del proceso formativo; débil seguimiento sistemático y documentado a los convenios, incluyendo aspectos administrativos como cobros y pagos por parte de las universidades; falta de socialización interna de los convenios y responsabilidades docentes en los servicios asistenciales; definición poco clara de roles y responsabilidades entre la E.S.E., las instituciones educativas y los estudiantes; limitaciones de recursos físicos y tecnológicos; y desarticulación entre la carga asistencial y la función docente, lo que reduce el tiempo efectivo de supervisión y seguimiento.

Fortalezas percibidas: se destaca como principal fortaleza la condición de hospital universitario, con convenios docencia–servicio formalizados y vigentes con instituciones educativas, respaldados por la operación del Comité de Docencia–Servicio, que permite el seguimiento, la toma de decisiones y la resolución de situaciones. Asimismo, se reconoce la integración de la docencia con la práctica clínica real, la existencia de rutas y protocolos de supervisión, la socialización e inducción previa a las rotaciones, la presencia de tutores y supervisores asistenciales, la evaluación y retroalimentación periódica a los estudiantes, y la contribución de los convenios a la formación del talento humano en salud, manteniendo la alineación con los procesos asistenciales y la seguridad del paciente.

Estándares de acreditación relacionados: talento Humano y Acompañamiento del Personal en Formación; Seguridad del Paciente y Gestión Clínica; Dirección y Gobierno Organizacional; Humanización de la Atención; Docencia, Innovación y Gestión del Conocimiento; Mejora Continua y Gestión de la Calidad; Cumplimiento de requisitos de habilitación para hospitales universitarios (Resolución 3100 de 2019); Lineamientos de acreditación institucional y hospitalaria asociados a convenios docencia–servicio.

4. Seguimiento a la Elaboración y Evaluación de Acuerdos de Gestión

Debilidades percibidas: las debilidades identificadas se concentran en la insuficiente articulación entre los acuerdos de gestión y la evaluación del desempeño, lo que genera percepciones de evaluación subjetiva y baja apropiación por parte de algunos responsables. Se evidencian dificultades en la definición clara de objetivos, metas e indicadores, así como limitaciones en la trazabilidad, documentación y evidencia del seguimiento periódico. Adicionalmente, se identifican retrasos en el reporte de avances, escasa socialización de los acuerdos, debilidades en la coordinación entre dependencias, ausencia de cronogramas formales de seguimiento, integración limitada con la gestión del riesgo institucional y dificultades asociadas a indicadores poco medibles o mal diseñados.

Fortalezas percibidas: las respuestas destacan la alineación de los acuerdos de gestión con el Plan Estratégico Institucional, el Plan de Acción y el MIPG, la existencia de una metodología institucional definida para su formulación y seguimiento, el uso de indicadores para la medición del desempeño, y la participación activa de la alta dirección y la gerencia en la definición, seguimiento y evaluación de metas. Asimismo, se reconoce la articulación con la evaluación del desempeño directivo, la cultura de mejora continua, la disponibilidad de herramientas internas de apoyo, el cumplimiento de ciclos de planeación y reporte, y la contribución de los acuerdos al logro de los objetivos institucionales.

Estándares de acreditación relacionados: dirección y Gobierno Organizacional; Direccionamiento Estratégico; Gestión del Desempeño Institucional; Gestión Basada en Resultados; Planeación por Objetivos; Seguimiento y Mejora Continua; Gestión del Riesgo Institucional; Uso de la Información para la Toma de

Decisiones; Talento Humano; Gestión de la Calidad; MIPG – Modelo Integrado de Planeación y Gestión; cumplimiento del Decreto Único 1083 de 2015.

5. Cobro de Cartera

Debilidades percibidas: las debilidades identificadas se relacionan principalmente con la falta de seguimiento oportuno y periódico a la cartera, lo que ha derivado en cartera envejecida con bajo nivel de recuperación. Se evidencian demoras en la gestión de cobro, procesos manuales o poco estandarizados, debilidades en la identificación y soporte de las cuentas por cobrar, y limitaciones en el flujo de información entre facturación, cartera y auditoría, generando reprocesos y glosas recurrentes. Adicionalmente, se señalan demoras en la conciliación con EPS, retrasos en los pagos por parte de los pagadores, escasa documentación de la gestión realizada, ausencia de análisis del riesgo financiero asociado a la cartera, y afectaciones externas derivadas de procesos de liquidación o intervención de entidades que dificultan la recuperación.

Fortalezas percibidas: las respuestas resaltan la existencia de procesos formales y documentados para la gestión y cobro de cartera, con procedimientos definidos, acciones de recuperación establecidas y seguimiento periódico mediante reportes financieros. Se reconoce la gestión oportuna de facturación y radicación, la articulación con las áreas de auditoría y facturación para la depuración de saldos y gestión de glosas, el uso de sistemas de información que permiten trazabilidad y confiabilidad de los registros, la identificación de cartera corriente, vencida y en riesgo, y la presencia de equipos capacitados y multidisciplinarios. Asimismo, se destaca el control interno, la alineación con metas financieras institucionales y la contribución a la toma de decisiones y mejora continua del proceso.

Estándares de acreditación relacionados: Dirección y Gobierno Organizacional; Gestión Administrativa y Financiera; Gestión del Riesgo Financiero; Gestión Basada en Resultados; Uso de Información Confiable para la Toma de Decisiones; Seguimiento y Control de Procesos Críticos; Monitoreo de Indicadores Financieros; Mejora Continua; Estándares del Sistema de Gestión de Calidad; MECI (Decreto 943 de 2014); direccionamiento y gerencia financiera institucional.

6. Seguimiento a Cartera > 360 Días

Debilidades percibidas: las debilidades identificadas se concentran en la falta de priorización y seguimiento específico a la cartera con antigüedad superior a 360 días, lo que se traduce en bajo porcentaje de recuperación y alto riesgo de pérdida patrimonial. Se evidencian demoras en la activación del cobro administrativo y jurídico, procedimientos incompletos o con trazabilidad insuficiente, limitada documentación de las acciones realizadas y debilidades en el análisis por antigüedad crítica. Adicionalmente, influyen factores externos como la liquidación, intervención y quiebra de EPS, así como retrasos en conciliaciones, ausencia de estrategias diferenciadas según el tipo de deudor, demoras en el registro del deterioro contable y limitaciones operativas asociadas a procesos poco automatizados y a la capacidad del recurso humano.

Fortalezas percibidas: las respuestas destacan la existencia de procesos documentados y estandarizados para el seguimiento de la cartera vencida, así como un inventario actualizado de cuentas por cobrar clasificado por antigüedad. Se reconoce la aplicación de acciones de cobro prejurídico y jurídico, la participación del área jurídica, la articulación entre las áreas de cartera, contabilidad y facturación, y la generación de reportes periódicos para instancias directivas y de control. Asimismo, se resalta el registro contable conforme al Régimen de Contabilidad Pública, la aplicación de provisiones o deterioro de cartera, el

uso de herramientas tecnológicas para el monitoreo, el control financiero institucional y la intención de proteger el patrimonio público mediante el seguimiento continuo de la deuda.

Estándares de acreditación relacionados: Dirección y Gobierno Institucional; Gestión Administrativa y Financiera; Gestión del Riesgo Institucional y Financiero; Gestión Jurídica; Uso de Información Confiable para la Toma de Decisiones; Seguimiento y Control de Procesos Críticos; Monitoreo de Indicadores Financieros; Gestión del Desempeño; Mejora Continua; Gestión de la Información; MECI (Decreto 943 de 2014); ISO 9001; Ley 80 de 1993; gerencia y direccionamiento institucional.

7. Facturación Electrónica — Cumplimiento de la Resolución Dian 000042 de 2020 y Normativa Aplicable

Debilidades percibidas: las debilidades identificadas se relacionan principalmente con el conocimiento limitado de la normativa de facturación electrónica y de las actualizaciones del anexo técnico, así como con inconsistencias en la información previa a la generación de la factura, especialmente entre los registros clínicos, RIPS y los datos requeridos para la validación ante la DIAN. Se evidencian procesos manuales o con alta dependencia de digitación, limitaciones tecnológicas, fallos de conectividad e intermitencias en la transmisión, lo que genera rechazos por validación, retrasos en la emisión o corrección de facturas y riesgo en la elaboración de notas crédito o débito. Adicionalmente, se señalan debilidades en la estandarización y documentación de los procedimientos internos, insuficiente integración entre sistemas de información, alta rotación o falta de personal capacitado, y demoras entre la prestación del servicio y la transmisión electrónica de la factura.

Fortalezas percibidas: las respuestas destacan la implementación del sistema de facturación electrónica conforme a la Resolución DIAN 000042 de 2020, con el uso de plataformas tecnológicas homologadas que permiten trazabilidad, integridad y disponibilidad de la información. Se reconoce la reducción de errores manuales, la disminución del uso de papel, la mayor eficiencia operativa y el cumplimiento de los lineamientos de la DIAN. Asimismo, se resalta la articulación entre las áreas de facturación, cartera y contabilidad, la existencia de personal con experiencia en facturación en salud, la generación de eventos electrónicos que fortalecen el control y la transparencia, y la disponibilidad de información confiable para auditorías internas y externas.

Estándares de acreditación relacionados: Dirección y Gobierno Institucional; Gestión Administrativa y Financiera; Gestión del Riesgo Institucional (financiero, tributario y tecnológico); Gestión de la Información; Uso de Información Confiable para la Toma de Decisiones; Seguimiento y Control de Procesos Críticos; Gestión del Desempeño; Mejora Continua; Gestión de la Tecnología; ISO 9001; MECI (Decreto 943 de 2014); normativa tributaria DIAN; gerencia y direccionamiento institucional.

8. Seguimiento Resultados de Auditoría Concurrente

Debilidades percibidas: las debilidades identificadas se concentran en la falta de seguimiento sistemático, oportuno y con periodicidad definida a los resultados de la auditoría concurrente, lo que limita la verificación del cierre efectivo de hallazgos y la evaluación de la efectividad de las acciones correctivas. Se evidencian restricciones significativas de talento humano auditor, con un número insuficiente de auditores para la cobertura institucional, lo que genera seguimiento incompleto, especialmente en pacientes de larga estancia. Asimismo, se identifican debilidades en la trazabilidad y documentación de hallazgos, inconsistencias en la evidencia de cierre, acciones correctivas definidas de manera superficial o sin responsables claros, y baja

socialización de los resultados con los equipos asistenciales. Adicionalmente, se señalan falencias en la articulación entre áreas clínicas, administrativas y de control, así como retrasos en la implementación de medidas correctivas por limitaciones operativas y de coordinación.

Fortalezas percibidas: las respuestas resaltan la existencia de procedimientos y metodologías estandarizadas de auditoría concurrente, que permiten la identificación de fallas en tiempo real, la generación de alertas de seguridad del paciente y la adopción de acciones correctivas oportunas. Se reconoce la articulación entre el equipo auditor y los servicios asistenciales, el apoyo de la alta dirección para priorizar hallazgos críticos, y la capacidad del proceso para fortalecer la gestión clínica, la gestión del riesgo y la seguridad del paciente. Asimismo, se destaca la experiencia del personal auditor, la documentación de hallazgos, el uso de comités y planes de mejoramiento, y la contribución de la auditoría concurrente a la prevención de glosas, al soporte de reclamaciones y al mejoramiento continuo del proceso asistencial.

Estándares de acreditación relacionados: Dirección y Gobierno Institucional; Gestión Clínica; Seguridad del Paciente; Gestión del Riesgo; Gestión Integrada de la Calidad; Monitoreo y Control de Procesos Críticos; Uso de Información para la Toma de Decisiones Clínicas y Administrativas; Mejora Continua; Gestión del Desempeño Institucional; ISO 9001; MECI (Decreto 943 de 2014); Ley 1474 de 2011; gerencia y direccionamiento institucional.

9. Uso Recaudo Estampilla Pro-Hospitales

Debilidades percibidas: las debilidades identificadas se concentran en la insuficiente documentación, trazabilidad y control interno sobre el recaudo y uso de los recursos de la Estampilla Pro-Hospitales, lo que dificulta verificar su correcta destinación específica. Se evidencian debilidades en la socialización interna de la normativa aplicable, falta de indicadores periódicos que permitan medir el recaudo, la ejecución y el impacto de los recursos, así como limitaciones en el seguimiento sistemático a los proyectos financiados. Asimismo, se señalan retrasos en la ejecución y en los reportes, debilidades en la coordinación entre áreas administrativas, contables y gerenciales, y riesgos asociados al uso de los recursos para gastos operativos recurrentes o proyectos no priorizados, lo que afecta la rendición de cuentas y el cumplimiento del marco normativo.

Fortalezas percibidas: las respuestas resaltan el reconocimiento institucional de la importancia de la estampilla como fuente de financiación para fortalecer la infraestructura, la dotación y la capacidad instalada del hospital. Se identifica la existencia de normativas territoriales que definen la destinación específica, rubros presupuestales diferenciados, registros contables que permiten conciliaciones e informes, y mecanismos de control y seguimiento financiero. Asimismo, se destaca el apoyo de la alta dirección para priorizar proyectos de inversión, la articulación con áreas técnicas para orientar los recursos a necesidades estratégicas, la integración del recaudo a los procesos de planeación y presupuesto, y la contribución de estos recursos a la estabilidad financiera y al fortalecimiento de servicios y proyectos institucionales.

Estándares de acreditación relacionados: Dirección y Gobernanza; Gestión Administrativa y Financiera; Control Interno; Gestión Estratégica; Gestión del Riesgo Institucional; Gestión Basada en Resultados; Uso de Información Confiable para la Toma de Decisiones; Seguimiento y Control de Procesos Administrativos Críticos; Monitoreo y Evaluación de Proyectos de Inversión; Mejora Continua; ISO 9001; MECI (Decreto 943 de 2014); Ley 60 de 1993; gerencia y direccionamiento institucional.

10. Análisis de Centros de Costos (Resolución 157 de 2024)

Debilidades percibidas: las debilidades identificadas se relacionan principalmente con el bajo nivel de desarrollo y madurez del análisis por centros de costo, evidenciado en la escasa integración entre la información contable, presupuestal, financiera y operativa. Se identifican deficiencias en la parametrización de los servicios, registros incompletos o globalizados de gastos e ingresos, ausencia de informes comparativos entre presupuesto, ejecución y costos reales, y limitaciones para discriminar costos por servicio o unidad. Asimismo, se evidencian debilidades en la articulación entre áreas asistenciales y financieras, falta de indicadores de eficiencia y productividad, retrasos en la generación de reportes para la toma de decisiones, limitada capacitación del personal en costos hospitalarios y en la aplicación de la Resolución 157 de 2024, y dificultades para integrar información de producción, facturación, calidad y costos reales en un solo análisis.

Fortalezas percibidas: las respuestas destacan la existencia de una estructura formal de centros de costo, registros contables y presupuestales consolidados, y un grupo definido responsable del análisis de costos. Se reconoce la disponibilidad de herramientas tecnológicas y la experiencia del personal financiero para generar reportes que permiten visualizar el comportamiento global de ingresos y gastos. Asimismo, se resalta que el análisis por centros de costo contribuye a la transparencia financiera, facilita la rendición de cuentas, apoya la toma de decisiones estratégicas, permite identificar servicios deficitarios o rentables y avanza hacia una contabilidad de gestión que mejora la eficiencia operativa y la optimización de los recursos institucionales.

Estándares de acreditación relacionados: Dirección y Gobernanza; Gestión Administrativa y Financiera; Gestión Financiera; Gestión del Riesgo Institucional; Uso de Información Confiable y Oportuna para la Toma de Decisiones; Gestión Basada en Resultados; Seguimiento y Control de Procesos Administrativos Críticos; Monitoreo de Indicadores de Eficiencia y Productividad; Mejora Continua; ISO 9001; Resolución 157 de 2024; Ley 1474 de 2011; gerencia y direccionamiento institucional.

11. Soportes de la Supervisión de Contratos

Debilidades percibidas: las debilidades identificadas se centran en la capacidad operativa y la estandarización documental: insuficiente capacitación del personal supervisor, alto volumen de supervisiones que limita la oportunidad del seguimiento, ausencia de estandarización en formatos y periodicidad de informes, y deficiencias en la organización, archivo y trazabilidad de los soportes (predominio de soportes físicos). Adicionalmente, se señalan retrasos e inconsistencias en la elaboración y firma de actas e informes, limitada articulación entre supervisión, áreas financieras/contables y contratistas, falta de indicadores para evaluar desempeño contractual y evidencia documental insuficiente para soportar pagos y verificaciones técnicas, lo que afecta la oportunidad y la confiabilidad del control sobre la ejecución contractual.

Fortalezas percibidas: las respuestas evidencian la existencia de supervisores designados, formatos e informes institucionales y procesos de supervisión técnica que facilitan la verificación de la ejecución contractual. Se reconoce la experiencia del personal encargado, la trazabilidad documental que permite auditorías, la articulación entre áreas técnicas, jurídicas y financieras, la disponibilidad de soportes que facilitan la validación de facturación y avance, y el apoyo de la alta dirección para priorizar contratos críticos, lo que contribuye a la transparencia, rendición de cuentas y defensa administrativa y jurídica de la contratación.

Estándares de acreditación relacionados: los soportes de supervisión contractual se vinculan con Dirección y Gobernanza; Gestión Administrativa y Financiera; Gestión del Talento Humano; Gestión del Riesgo Institucional; Transparencia y Rendición de Cuentas; Seguimiento y Control de Procesos Críticos; Uso de

Información Confiable para la Toma de Decisiones; Mejora Continua; ISO 9001; Ley 80 de 1993; MECI (Decreto 943 de 2014) y el MIPG.

12. Declaración de Renta de Gerentes Públicos y Registro de Conflicto de Intereses

Debilidades percibidas: las debilidades identificadas se relacionan principalmente con la oportunidad, completitud y verificación de la información reportada. Se evidencian declaraciones de renta y registros de conflicto de intereses incompletos, tardíos o no actualizados, así como fallas en el reporte oportuno en las plataformas institucionales y de Función Pública. Adicionalmente, se identifica ausencia de procedimientos estandarizados para el cargue, custodia, verificación y conciliación de la información, limitada articulación entre Talento Humano, Jurídica y Control Interno, y escasa socialización institucional sobre las implicaciones legales del conflicto de intereses. Estas situaciones generan riesgos disciplinarios, de integridad y de incumplimiento normativo, especialmente ante cambios patrimoniales o vínculos personales y profesionales no reportados, y por la falta de repositorios institucionales centralizados y seguimiento sistemático.

Fortalezas percibidas: como fortalezas se reconoce la existencia de un marco normativo claro y obligatorio que regula la declaración de renta y el registro de conflictos de interés, así como la disponibilidad de formatos institucionales y plataformas como SIGEP que permiten centralizar la información. Se destaca la conciencia institucional sobre la importancia de la integridad y la transparencia, el apoyo de la alta dirección para cumplir con estos requisitos, la supervisión por parte de Talento Humano y la inclusión del proceso dentro del MIPG, auditorías internas y planes de mejora. Estas prácticas fortalecen la transparencia institucional, facilitan la rendición de cuentas ante los entes de control y permiten el cruce potencial de información para detectar inconsistencias patrimoniales o riesgos de corrupción.

Estándares de acreditación relacionados: este componente se articula con los estándares de Transparencia y Rendición de Cuentas; Dirección y Gobierno Organizacional; Gestión del Riesgo (especialmente riesgo de corrupción y conflicto de intereses); Gestión del Talento Humano; Gestión Administrativa y Financiera; Mejora Continua; ISO 9001; MECI (Decreto 943 de 2014); MIPG; Ley 2013 de 2019; Ley 190 de 1995; Ley 1474 de 2011 y Ley 734 de 2002, en tanto promueven el cumplimiento normativo, la ética pública, la integridad y el uso de información confiable para la toma de decisiones institucionales.

13. Seguimiento del Envío de la Información Litigiosa

Debilidades percibidas: las principales debilidades identificadas se concentran en los retrasos en la entrega de la información litigiosa, asociados a la alta carga de requerimientos sin un incremento proporcional de personal especializado y a la dependencia de múltiples áreas para la recopilación de soportes. Se evidencian falencias en la trazabilidad documentada del proceso, tales como ausencia de protocolos formales que definan tiempos, responsables y circuitos de envío, escasa documentación de los plazos, inconsistencias en la radicación y confirmación de los envíos, y falta de repositorios institucionales centralizados. Asimismo, se identifica un seguimiento predominantemente reactivo, limitada integración entre las áreas jurídica, administrativa y de archivo, y riesgo de remitir información incompleta o desactualizada, lo cual puede derivar en sanciones o decisiones judiciales desfavorables para la Entidad.

Fortalezas percibidas: como fortalezas se reconoce la existencia de una Oficina Asesora Jurídica responsable de coordinar la atención de los requerimientos litigiosos, así como la designación de personal encargado del manejo y envío de esta información. Se destaca la experiencia del equipo asignado, el uso de formatos específicos de respuesta, la disponibilidad de expedientes y antecedentes organizados, y la

existencia de canales formales de comunicación institucional. Adicionalmente, se resalta el apoyo de la gerencia, la disposición institucional para colaborar con la ANDJE y los entes de control, la inclusión del riesgo jurídico en el mapa institucional y el uso de herramientas tecnológicas o prácticas de gestión documental que fortalecen la trazabilidad, transparencia y oportunidad en las respuestas.

Estándares de acreditación relacionados: este aspecto se articula con los estándares de Dirección y Gobernanza; Gestión del Riesgo (particularmente riesgo jurídico y legal); Gestión Documental; Dirección y Ética Institucional; Gestión Administrativa y Financiera; Mejora Continua; ISO 9001; MECI (Decreto 943 de 2014); Ley 1437 de 2011 y los principios de rendición de cuentas, transparencia y colaboración armónica entre entidades públicas.

14. Circular Externa 01 de 2024 Secop II (Colombia Compra Eficiente)

Debilidades percibidas: las debilidades identificadas se relacionan principalmente con una implementación desigual del SECOP II frente a los lineamientos de la Circular Externa 01 de 2024, asociada a falencias en el conocimiento técnico del personal, limitada articulación entre las áreas de contratación, planeación, jurídica y control interno, y ausencia de un responsable formalmente designado para el reporte anual. Se evidencian inconsistencias en la clasificación y reporte de MIPYMES, derivadas en parte de la autodeclaración de los proponentes, así como fragmentación de la información, registros parciales y falta de procedimientos internos documentados para la recopilación, validación y cargue de los datos. Adicionalmente, se identifican retrasos en el cumplimiento de los plazos definidos por Colombia Compra Eficiente, ausencia de indicadores y trazabilidad para verificar el cumplimiento anual, y falta de claridad institucional sobre la dependencia responsable del proceso.

Fortalezas percibidas: como fortalezas se destaca la implementación progresiva del SECOP II y la existencia de una cultura institucional orientada al cumplimiento normativo en materia de contratación estatal. Se reconoce el apoyo de la gerencia para atender los lineamientos de Colombia Compra Eficiente, la experiencia del equipo de contratación en el manejo habitual de la plataforma, la posibilidad de generar evidencia documentada y trazabilidad completa para auditorías y supervisión externa, y la facilidad para acceder a reportes del módulo de contratación. Asimismo, se resalta que la estandarización del aplicativo favorece la transparencia, la consolidación de la información a nivel nacional y el cumplimiento del MIPG, fortaleciendo el reporte anual y la rendición de cuentas.

Estándares de acreditación relacionados: este aspecto se articula con los estándares de Dirección y Gobernanza; Gestión del Riesgo; Gestión Administrativa y Financiera; Gestión de la Información; Transparencia y Liderazgo Ético; Planeación y Evaluación de la Gestión; ISO 9001; MECI (Decreto 943 de 2014); Ley 80 de 1993; Ley 2069 de 2020 y los lineamientos establecidos por Colombia Compra Eficiente en la Circular Externa 01 de 2024.

15. Acciones de Repetición

Debilidades percibidas: las debilidades identificadas en la gestión de las acciones de repetición se relacionan principalmente con retrasos en la activación y presentación de las acciones, lo cual afecta la recuperación oportuna de recursos públicos. Se evidencian dificultades para determinar la existencia de dolo o culpa grave, asociadas a insuficiente documentación de los procesos disciplinarios o administrativos, limitada experiencia técnica en algunos casos y ausencia de análisis sistemáticos que soporten la procedencia de la acción. Asimismo, se identifican falencias en la notificación oportuna a los servidores

presuntamente responsables, débil seguimiento a los plazos legales, falta de protocolos internos claros, ausencia de una matriz de riesgos jurídicos que incorpore la repetición, y limitada articulación entre las áreas jurídicas, administrativas, contables y de control interno para consolidar evidencia. Estas condiciones, sumadas a la complejidad del proceso y a percepciones de ineficacia frente a condenas equivalentes al monto pagado, dificultan la efectividad del mecanismo como herramienta de recuperación y control.

Fortalezas percibidas: como fortalezas se reconoce la existencia de un equipo jurídico institucional con conocimiento y experiencia en el trámite de acciones de repetición, con apoyo técnico, médico y jurídico, así como la presencia de comités o responsables encargados de analizar fallos, conciliaciones y pagos para evaluar su procedencia. Se destaca el respaldo de la gerencia y de las áreas de control interno para promover la recuperación de recursos públicos, la disponibilidad de registros parciales de casos anteriores que permiten establecer precedentes y buenas prácticas, y la trazabilidad de procesos judiciales que facilita la identificación de eventos susceptibles de repetición. Asimismo, se resalta el cumplimiento del marco normativo vigente y el reconocimiento de la acción de repetición como un instrumento de transparencia, moralidad administrativa y eficiencia en la gestión de los recursos del Estado.

Estándares relacionados: este componente se articula con los estándares de Dirección y Gobernanza; Gestión del Riesgo; Gestión Administrativa y Financiera; Gestión de la Información y Documentación; Mejora Continua; Gobierno Organizacional; MECI (Decreto 943 de 2014); Ley 610 de 2000 y los estándares de Gerencia y Gerencia del Talento Humano.

16. Monitoreo a la Entrega de Cargos (Ley 951 de 2005)

Debilidades percibidas: las debilidades identificadas en el monitoreo a la entrega de cargos se relacionan principalmente con registros insuficientes o incompletos al momento de la entrega, retrasos en la firma de las actas y, en algunos casos, la no realización formal del proceso de entrega. Se evidencian falencias en la supervisión para verificar la entrega efectiva de bienes, documentos, accesos, claves y responsabilidades administrativas, así como actas e informes de gestión con información limitada sobre asuntos pendientes, riesgos, compromisos y recursos a cargo. Adicionalmente, se identifican debilidades en la trazabilidad y en el seguimiento posterior a la entrega, ausencia de protocolos estandarizados claros, limitada capacitación del personal sobre los requisitos normativos y falta de verificación independiente por parte de las áreas responsables. Estas situaciones generan riesgos para la continuidad administrativa, la transparencia, la rendición de cuentas y el control fiscal y disciplinario institucional.

Fortalezas percibidas: como fortalezas se destaca la existencia de procedimientos institucionales y formatos estandarizados para la entrega de cargos, con participación de la Oficina de Talento Humano y apoyo de Control Interno en la supervisión del proceso. Se reconoce la conciencia institucional sobre la importancia de la continuidad administrativa y la protección de los recursos públicos, así como la designación clara de responsables para la entrega y recepción de los cargos. Asimismo, se resalta la disponibilidad de información consolidada en los procesos, inventarios y gestión documental, lo que facilita la elaboración de actas e informes de gestión, fortalece la trazabilidad de los bienes y responsabilidades entregadas y contribuye a la transparencia en la transición de funciones.

Estándares relacionados: este componente se articula con los estándares de Dirección y Gobernanza; Gestión del Talento Humano; Gestión del Riesgo; Gestión de la Información y Documentación; Gobierno Organizacional; Mejora Continua; MECI (Decreto 943 de 2014); y lo establecido en la Ley 951 de 2005 sobre la entrega de cargos y control interno en la administración pública.

17. SARLAFT

Debilidades percibidas: las debilidades identificadas en la implementación del SARLAFT se concentran en una identificación, segmentación y valoración del riesgo insuficiente, especialmente frente al alto volumen de proveedores, contratistas y terceros con los que interactúa la institución. Se evidencian falencias en los controles aplicados a terceros, dificultades en los procesos de verificación y debilidades en el monitoreo continuo y trazable de alertas, operaciones inusuales o sospechosas. Asimismo, se identifican retrasos en la actualización de mapas de riesgo, deficiencias en el registro y custodia de la evidencia documental requerida para auditorías y supervisión externa, y limitada integración del SARLAFT con el sistema institucional de gestión del riesgo. Adicionalmente, se reconoce una débil cultura organizacional de prevención, asociada a insuficiente capacitación y sensibilización del personal, ausencia de protocolos internos claramente documentados y riesgos derivados de la manipulación u omisión de información, incumplimiento de planes de acción y falta de seguimiento oportuno a los reportes exigidos por los entes de control.

Fortalezas percibidas: como fortalezas se destaca el compromiso de la alta dirección con la implementación del SARLAFT y la existencia de políticas, lineamientos y un manual formalmente adoptado, alineados con la normativa de la Superintendencia Financiera. Se reconoce la conciencia institucional frente a la importancia de prevenir el lavado de activos y la financiación del terrorismo, así como la identificación de responsables para la gestión del riesgo y el desarrollo de controles en los procesos de contratación y vinculación de terceros. Igualmente, se resalta la disponibilidad de mapas de riesgo iniciales, la experiencia parcial en la elaboración de reportes regulatorios, la capacitación periódica al personal y la integración, aunque aún parcial, del SARLAFT con el sistema de control interno, lo que fortalece la transparencia, el enfoque basado en riesgos y el cumplimiento normativo institucional.

Estándares relacionados: este componente se articula con los estándares de Dirección y Gobernanza; Gestión del Riesgo; Gestión Estratégica; Gestión Administrativa y Financiera; Gestión de la Información; Gobierno Organizacional; Mejora Continua; MECI (Decreto 943 de 2014); ISO 9001; y la Circular Externa 100-000005 de 2022 de la Superintendencia Financiera de Colombia.

18. Avances en Implementación de Facturación Electrónica

Debilidades percibidas: las respuestas evidencian principalmente una integración parcial de los sistemas de información, generando inconsistencias entre lo realizado y lo facturado, reprocesos y rechazos ante la DIAN. Se identifican falencias en el diligenciamiento previo de la información, retrasos en la transmisión de facturas electrónicas y dificultades en la articulación con los sistemas contables y de cartera. Adicionalmente, se reportan limitaciones en infraestructura tecnológica, fallas técnicas y de conectividad, retrasos en la actualización del software, así como insuficiencia y alta rotación del personal, asociadas a brechas de capacitación en el proceso de facturación electrónica.

Fortalezas percibidas: se destaca la adopción institucional de la facturación electrónica, con emisión y transmisión de facturas conforme a los lineamientos de la DIAN y trazabilidad documental. Se reconocen avances en la implementación de plataformas tecnológicas integradas entre sedes, mejoras en el control, seguridad y transparencia de la información, así como el fortalecimiento de la gestión documental. Asimismo, se evidencia compromiso institucional y apoyo de las áreas administrativas y financieras, junto con personal con experiencia en procesos de facturación y cumplimiento tributario.

Estándares de acreditación relacionados: los avances se articulan con los estándares de Dirección y Gobernanza, Gestión Financiera, Gestión de la Información y Gestión del Riesgo, así como con los principios de mejora continua. Se relacionan además con el MECI (Decreto 943 de 2014) y la normativa vigente en facturación electrónica (Resolución DIAN 000042 de 2020 y demás disposiciones aplicables), en concordancia con los estándares de gerencia, direccionamiento y gestión administrativa y financiera.

19. Implementación de Nómina Electrónica

Debilidades percibidas: las debilidades percibidas se concentran principalmente en retrasos iniciales en la adopción de la nómina electrónica y en inconsistencias en la calidad y homologación de los datos, especialmente frente a la variabilidad propia de la nómina del sector salud (devengos, deducciones, turnos, recargos e incapacidades), lo que genera errores en validaciones, reprocesos y correcciones posteriores. Se evidencian limitaciones en la integración entre el sistema de nómina y los sistemas contables y financieros, debilidades en el seguimiento a incidencias o rechazos en la transmisión ante la DIAN, y monitoreo insuficiente del cumplimiento de plazos normativos. Adicionalmente, se identifican procedimientos internos poco documentados, escasa capacitación del personal y necesidad de mayor despliegue y socialización de la información a nivel institucional.

Fortalezas percibidas: las respuestas resaltan la implementación activa de la nómina electrónica con registro y respaldo digital de la información, lo que fortalece la trazabilidad, estandarización del proceso y el cumplimiento normativo exigido por la DIAN. Se reconoce el apoyo articulado de las áreas de talento humano, contabilidad y sistemas, la existencia de software de nómina actualizado y compatible con la normativa vigente, y la disponibilidad de procedimientos básicos para la emisión y control de los documentos soporte de pago. Asimismo, se destaca la mayor transparencia en los pagos, el fortalecimiento del control interno, la reducción de carga administrativa y el uso de la nómina electrónica como soporte válido y legal para la deducción de costos laborales.

Estándares de acreditación relacionados: este componente se relaciona con los estándares de Dirección y Gobernanza, Gestión Financiera, Gestión de la Información, Gestión del Riesgo y Mejora Continua, así como con los lineamientos del MECI (Decreto 943 de 2014) y la normativa DIAN vigente sobre nómina electrónica, en concordancia con los estándares de gerencia, direccionamiento y talento humano.

20. Seguimiento al Punto de Equilibrio

Debilidades percibidas: las principales debilidades se concentran en la falta de monitoreo continuo y sistemático del punto de equilibrio, así como en la limitada articulación entre las áreas financiera, presupuestal, contable y operativa para su seguimiento. Se evidencian dificultades asociadas al contexto del sector salud, especialmente por el comportamiento de los pagadores, balances negativos históricos y restricciones presupuestales que afectan la sostenibilidad del servicio. Asimismo, se identifican procesos poco documentados, retrasos en la generación de informes, deficiencias en la clasificación de costos fijos y variables, falta de actualización oportuna del cálculo ante cambios en costos o volumen de servicios, y necesidad de mayor capacitación del personal en análisis financiero y control de costos, junto con mayor despliegue de la información a nivel institucional.

Fortalezas percibidas: las respuestas destacan la existencia de cálculos básicos y seguimiento inicial del punto de equilibrio, apoyados en registros contables, financieros y presupuestales confiables. Se reconoce el rol activo del área financiera y de la gerencia en el monitoreo de variables clave y en la toma de decisiones,

así como la disponibilidad de informes financieros periódicos que permiten analizar ingresos, costos y gastos. Adicionalmente, se evidencia una tendencia hacia la reducción del déficit y el equilibrio financiero, conciencia institucional sobre la importancia del control de costos y sostenibilidad, y la capacidad gerencial para identificar el volumen mínimo de servicios o ingresos necesarios para evitar pérdidas, fortaleciendo la eficiencia y el control financiero.

Estándares de acreditación relacionados: este componente se articula con los estándares de Dirección y Gobernanza, Gestión Financiera, Gestión de la Información, Gestión del Riesgo, Responsabilidad Social y Mejora Continua, en concordancia con los lineamientos del MECI (Decreto 943 de 2014) y los estándares de gerencia, direccionamiento y planeación estratégica.

21. Cumplimiento de Manual de Funciones

Debilidades percibidas: las principales debilidades se relacionan con la resistencia al cambio y el desconocimiento parcial del manual de funciones por parte de algunos colaboradores, así como con la falta de socialización, seguimiento y verificación periódica de su cumplimiento. Se evidencia que, en varios casos, el manual presenta definiciones de funciones demasiado generales o desactualizadas, que no reflejan la realidad organizacional actual de la E.S.E., los cambios normativos, tecnológicos ni la incorporación de nuevos servicios, generando vacíos, duplicidad de responsabilidades y dificultad para asignar responsabilidades claras. Adicionalmente, la falta de personal y la sobrecarga laboral limitan el cumplimiento estricto de las funciones asignadas, junto con la ausencia de indicadores que permitan medir la eficiencia y efectividad del desempeño y un mayor despliegue de la información a nivel institucional.

Fortalezas percibidas: las respuestas destacan la existencia de un manual de funciones formalizado, disponible y aprobado institucionalmente, que define roles y responsabilidades y sirve como base para la organización de los procesos. Se reconoce claridad general en la asignación de funciones, el alineamiento de los procesos en las áreas y la integración del manual en los procesos de inducción, capacitación inicial y, de manera incipiente, en la evaluación del desempeño. Asimismo, se resalta la conciencia institucional sobre la importancia del manual de funciones para la eficiencia operativa, la rendición de cuentas y el control de responsabilidades, así como el compromiso de las áreas de talento humano y la gerencia para fortalecer su aplicación y supervisión.

Estándares de acreditación relacionados: este componente se articula con los estándares de Talento Humano, Gobierno Organizacional, Gestión del Riesgo, Gestión de la Información y Mejora Continua, en concordancia con el MECI (Decreto 943 de 2014), la Ley 909 de 2004 y los estándares de gerencia, direccionamiento y liderazgo institucional.

22. Austeridad del Gasto

Debilidades percibidas: las principales debilidades se relacionan con la resistencia del personal a implementar medidas de ahorro y optimización de recursos, así como con una limitada cultura organizacional orientada a la austeridad del gasto. Se evidencia falta de indicadores claros que permitan medir la eficiencia, racionalidad y ahorro del gasto por áreas, junto con debilidades en el seguimiento sistemático y control periódico de la ejecución presupuestal. Asimismo, se identifican controles insuficientes para prevenir gastos no prioritarios, ausencia de análisis costo-beneficio en algunas decisiones de compra o contratación, y procesos poco estandarizados para la planificación y control del gasto. Adicionalmente, existe preocupación por el impacto que una restricción inadecuada del gasto pueda tener sobre la atención de los pacientes, la

disponibilidad de insumos críticos y la continuidad del servicio, así como la necesidad de mayor capacitación y despliegue de la información a nivel institucional.

Fortalezas percibidas: las respuestas destacan la existencia de políticas y lineamientos institucionales orientados al control y optimización del gasto, con participación activa de la gerencia en la priorización de recursos según las necesidades críticas del servicio. Se reconoce el seguimiento periódico a la ejecución presupuestal mediante reportes financieros, la integración parcial con el sistema de control interno (MECI y MIPG) y la disponibilidad de presupuestos claros y documentados por área. Asimismo, se resalta la experiencia institucional en procesos de racionalización de recursos, el compromiso de las áreas en el uso eficiente del presupuesto y la contribución de la austeridad del gasto a la sostenibilidad financiera, el cumplimiento de obligaciones laborales y la mejora de la eficiencia operativa.

Estándares de acreditación relacionados: este componente se articula con los estándares de Dirección y Gobernanza, Gestión Financiera, Gestión del Riesgo, Gestión de la Información, Mejora Continua y Atención Centrada en el Paciente, en concordancia con el MECI (Decreto 943 de 2014), la Ley 819 de 2003 y los estándares de gerencia, direccionamiento y sostenibilidad financiera.

23. Meritocracia — Circular Externa No. 100-003-2024

Debilidades percibidas: las principales debilidades se concentran en el déficit de información oportuna y actualizada del talento humano, especialmente en hojas de vida, perfiles y bases de datos institucionales, lo que limita la adecuada aplicación de criterios meritocráticos. Se evidencian vacíos en la documentación y estandarización de los procedimientos que garanticen procesos de selección, evaluación y provisión de cargos basados en el mérito, así como falta de indicadores claros para medir objetivamente la idoneidad y competencias de los candidatos. Asimismo, se identifica escasa socialización y sensibilización del personal sobre los principios y beneficios de la meritocracia, limitada capacitación de quienes evalúan los méritos y debilidades en el seguimiento a la aplicación uniforme de los criterios definidos. De manera recurrente, se señala el uso prolongado de nombramientos provisionales en funciones misionales permanentes, lo cual debilita la materialización efectiva del principio de mérito y puede generar riesgos de discrecionalidad, desmotivación o conflictos internos, además de la necesidad de mayor despliegue de la información a nivel institucional.

Fortalezas percibidas: las respuestas destacan un compromiso institucional con la meritocracia como principio orientador de la gestión del talento humano, respaldado por la gerencia y las áreas responsables. Se reconoce la existencia de lineamientos y criterios objetivos que buscan evitar favoritismos, promover la igualdad de oportunidades y valorar los conocimientos, la experiencia y las competencias del personal. Asimismo, se evidencia la realización de procesos de selección y evaluación con algún nivel de documentación, publicación transparente de convocatorias y resultados, y el uso de evaluaciones que permiten identificar desempeño y logros individuales. La aplicación del enfoque meritocrático contribuye a fortalecer la transparencia, reducir riesgos de nepotismo o clientelismo, mejorar el aprovechamiento del talento humano y asegurar el cumplimiento de los lineamientos del DAFP y de la Función Pública.

Estándares de acreditación relacionados: este componente se articula con los estándares de Talento Humano, Gobierno Organizacional, Gestión de la Información, Gestión del Riesgo, Transparencia y Ética Institucional y Mejora Continua, en concordancia con la Circular Externa 100-003-2024, la Ley 909 de 2004, el MIPG y los estándares de gerencia, direccionamiento y liderazgo institucional.

24. FURAG — Plan de Mejoramiento — Implementación de MIPG

Debilidades percibidas: las respuestas evidencian principalmente limitaciones en el conocimiento y comprensión del FURAG y de los lineamientos del MIPG por parte de algunos funcionarios, asociadas a brechas de capacitación para el diligenciamiento, seguimiento y análisis de la información reportada. Se identifican debilidades en la articulación entre áreas para la consolidación de información veraz, completa y oportuna, así como un seguimiento periódico insuficiente a los indicadores y compromisos del plan de mejoramiento. Adicionalmente, se reporta una baja cultura de uso de datos para la toma de decisiones, procesos de retroalimentación poco estandarizados y dificultades para integrar los hallazgos del FURAG con los objetivos estratégicos institucionales. En algunos casos, la implementación del MIPG se percibe centrada en lo documental, con limitada apropiación en la práctica cotidiana de la gestión institucional.

Fortalezas percibidas: se destaca la implementación institucional del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y el diligenciamiento del FURAG dentro de los plazos establecidos por Función Pública. Las respuestas reconocen la existencia de herramientas internas para el seguimiento del FURAG y del Plan de Mejoramiento Institucional, así como la definición de acciones específicas orientadas a atender hallazgos y oportunidades de mejora. Se evidencia apoyo de la gerencia y de los coordinadores en la implementación de acciones correctivas y preventivas, seguimiento a indicadores institucionales alineados con el MIPG y procedimientos internos para la revisión y validación de la información reportada. Asimismo, se resalta el uso de evidencia objetiva y trazable proveniente de los sistemas de gestión, y el compromiso institucional con la mejora continua, la transparencia y el cumplimiento normativo.

Estándares de acreditación relacionados: la implementación del FURAG, el plan de mejoramiento y el MIPG se articulan con los estándares de Dirección y Gobernanza, Gestión de la Información, Gestión del Riesgo, Gestión del Talento Humano y Mejoramiento Continuo. Asimismo, se relacionan con los principios del Gobierno Organizacional y con los lineamientos del MIPG y del MECI (Decreto 943 de 2014), en concordancia con los estándares de gerencia, direccionamiento y control interno.

25. Comité Institucional de Gestión y Desempeño – MIPG

Debilidades percibidas: las respuestas evidencian principalmente limitaciones en la capacitación de algunos integrantes del comité sobre los lineamientos del MIPG, lo que afecta la comprensión de sus funciones y el alcance de sus decisiones. Se identifican dificultades relacionadas con la participación irregular y la baja asistencia de miembros clave, así como falta de interés o compromiso en algunos casos, lo que limita la toma de decisiones integrales. Asimismo, se reporta ausencia de reuniones periódicas y sistemáticas, deficiencias en la documentación de actas, acuerdos y compromisos, y limitada trazabilidad y seguimiento de las decisiones adoptadas. Adicionalmente, se señala una escasa articulación entre los resultados del comité y los planes de mejoramiento institucionales, así como la necesidad de mayor despliegue de la información y recomendaciones a las diferentes áreas del hospital.

Fortalezas percibidas: se destaca la existencia formal y conformación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, con participación de la alta dirección y directivos de primer nivel, lo que garantiza respaldo institucional a las decisiones estratégicas del MIPG. Las respuestas reconocen la disponibilidad de sistemas de información e indicadores que facilitan el seguimiento al desempeño institucional, así como la articulación inicial entre áreas para el seguimiento de planes, políticas y acciones del MIPG. Se evidencia apoyo de la gerencia para la convocatoria del comité, registro parcial de actas y acuerdos, procedimientos iniciales para el seguimiento de planes de acción y FURAG, y la participación de personal con conocimiento en gestión

institucional y MIPG, orientando las actividades hacia la mejora continua y el logro de los objetivos estratégicos.

Estándares de acreditación relacionados: el funcionamiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño se articula con los estándares de Dirección y Gobernanza, Direccionamiento Estratégico, Gestión de la Información, Gestión del Riesgo y Mejoramiento Continuo. Asimismo, se relaciona con los principios del Gobierno Organizacional, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y los lineamientos del MECI (Decreto 943 de 2014), en concordancia con los estándares de gerencia, talento humano y gestión institucional.

26. Monitoreo a Inventarios, Propiedades, Planta y Equipo

Debilidades percibidas: las respuestas evidencian principalmente limitaciones tecnológicas y falta de herramientas integradas para la gestión de inventarios y activos, lo que afecta la trazabilidad de los movimientos de bienes entre áreas y dependencias. Se identifican inconsistencias entre el inventario físico y los registros contables, ausencia de conciliaciones periódicas, debilidades en los controles para bajas, traslados y asignaciones, así como escasa documentación de ingresos y salidas. Asimismo, se reportan deficiencias en la planificación y ejecución de mantenimientos preventivos y correctivos, falta de indicadores para evaluar la eficiencia en la gestión de activos, actualización insuficiente de inventarios, deterioro o ausencia de etiquetas de identificación y limitada verificación física de los bienes. Adicionalmente, se señala limitado conocimiento del personal, insuficiencia de recurso humano para el control del proceso y necesidad de mayor despliegue de la información a nivel institucional, lo que incrementa riesgos operativos, contables y de control interno.

Fortalezas percibidas: se destaca la existencia de políticas y procedimientos formales para el control de inventarios y activos, con procesos estandarizados y personal encargado del seguimiento. Las respuestas reconocen el registro de inventarios y activos en los sistemas contables, la realización periódica de inventarios físicos y verificaciones parciales, así como conciliaciones entre lo contable y lo operativo. Se evidencia apoyo de la dirección y de las áreas administrativas en la implementación de controles, procedimientos documentados para ingresos, salidas y traslados, y conocimiento básico del personal en normatividad contable y manejo de activos. Estas prácticas permiten planificar mantenimientos, reposiciones y compras, optimizando el uso de los recursos y contribuyendo a la sostenibilidad financiera y operativa de la entidad.

Estándares de acreditación relacionados: el monitoreo de inventarios, propiedades, planta y equipo se articula con los estándares de Dirección y Gobernanza, Direccionamiento Estratégico, Gestión Financiera, Gestión de la Información, Gestión del Riesgo y Mejora Continua. Se relaciona además con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y los lineamientos del MECI (Decreto 943 de 2014), en concordancia con los estándares de gerencia, ambiente físico, gestión de la tecnología y gestión de recursos físicos y tecnológicos.

27. Insumos, medicamentos y material médico-quirúrgico faltantes

Debilidades percibidas: las respuestas evidencian principalmente debilidades en la planificación, proyección y control de inventarios, asociadas a inventarios insuficientes o desactualizados, falta de análisis de consumo y dependencia del histórico sin considerar variables como estacionalidad, ampliación de servicios o cambios en protocolos clínicos. Se identifican fallas en la coordinación entre áreas clínicas y de abastecimiento, retrasos en los procesos de adquisición, falta de seguimiento oportuno a pedidos y debilidades en la

reposición de insumos críticos. Asimismo, se reportan registros manuales o sistemas poco actualizados, escasa integración con los sistemas de gestión hospitalaria, limitada trazabilidad de acciones correctivas, insuficiente capacitación del personal y comunicación tardía de los faltantes, lo que ha generado desabastecimientos recurrentes, cancelación o retraso de procedimientos y afectación potencial a la continuidad y seguridad de la atención. Adicionalmente, se reconocen factores externos como desabastecimiento del mercado y ausencia temporal de contratos.

Fortalezas percibidas: se destaca la existencia de procesos de priorización de insumos y medicamentos críticos, con participación activa de comités de farmacia y servicios asistenciales. Las respuestas reconocen la implementación parcial de sistemas de control de inventarios que permiten monitorear niveles de stock, consumo y caducidad, así como registros de inventario para insumos esenciales. Se evidencia compromiso institucional con la seguridad del paciente y la continuidad del servicio, políticas orientadas a garantizar la disponibilidad de insumos, capacitación del personal en buenas prácticas de almacenamiento y manejo, y aplicación de planes de contingencia ante faltantes. Asimismo, se resalta la gestión organizada del equipo, el liderazgo técnico y el seguimiento realizado en los cambios de turno, fortaleciendo la respuesta oportuna ante riesgos de desabastecimiento.

Estándares de acreditación relacionados: la gestión de insumos, medicamentos y material médico-quirúrgico se articula con los estándares de Dirección y Gobernanza, Gestión del Riesgo, Seguridad del Paciente, Gestión de Bienes y Servicios, Gestión de la Información y Mejora Continua. Se relaciona con los requisitos de la Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud), el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y los lineamientos del MECI (Decreto 943 de 2014), en concordancia con los estándares de gerencia, direccionamiento y proceso de atención asistencial.

28. Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)

Debilidades percibidas: las respuestas evidencian principalmente insuficiencia en la capacitación continua en SST, especialmente para el personal asistencial y en actividades de alto riesgo, así como tiempos limitados para la formación y baja sensibilización frente a la cultura de prevención. Se identifican debilidades en la actualización del SG-SST frente a cambios normativos y en la matriz de identificación de peligros, la cual no refleja de manera integral la realidad de todos los puestos de trabajo ni riesgos críticos como los ergonómicos y psicosociales. Asimismo, se reportan falencias en la supervisión de la dotación y elementos de protección personal, registros incompletos de incidentes y accidentes, escaso seguimiento a acciones correctivas, limitada participación de los trabajadores en la gestión del riesgo y debilidades en señalización, brigadas de emergencia y afiliación o seguimiento de algunos contratos, lo que puede afectar la efectividad del sistema preventivo.

Fortalezas percibidas: se destaca la existencia de un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo formalmente implementado, con plan de trabajo anual, responsables definidos y procedimientos documentados para la identificación, evaluación y control de riesgos laborales. Las respuestas reconocen la disponibilidad de dotación y elementos de protección personal, programas de capacitación y vigilancia epidemiológica, registro y seguimiento inicial de incidentes y accidentes, y la existencia de un equipo responsable de SST con conocimiento normativo. Asimismo, se evidencia apoyo de la dirección en la asignación de recursos, compromiso institucional con el bienestar del personal, fortalecimiento de brigadas de emergencia y articulación del SG-SST con las políticas de prevención y cumplimiento legal.

Estándares de acreditación relacionados: la Seguridad y Salud en el Trabajo se articula con los estándares de Talento Humano, Gestión del Riesgo, Seguridad del Paciente, Gobierno Organizacional y Mejora Continua. Se relaciona con la Resolución 0312 de 2019, el Decreto 1072 de 2015 y la Ley 1562 de 2012, en concordancia con los lineamientos del SG-SST, el MIPG y los estándares de gerencia, ambiente físico y proceso de atención asistencial.

29. Plan Anual de Vacantes / Previsión de Recursos Humanos

Debilidades percibidas: las respuestas evidencian principalmente escasa documentación y soporte técnico en la sustentación del plan anual de vacantes, especialmente en el análisis de suficiencia del talento humano y en la inexistencia o debilidad de estudios de cargas laborales por área. Se identifican desajustes entre las vacantes propuestas y la demanda real y proyectada de los servicios asistenciales, así como falta de priorización de cargos críticos, alta rotación de personal y sobrecarga laboral en algunas áreas, lo que afecta la continuidad y calidad del servicio. Adicionalmente, se reportan debilidades en la integración del plan de vacantes con el presupuesto institucional, retrasos en su aprobación, falta de actualización oportuna del análisis de necesidades reales y escasa evidencia que respalde la justificación de vacantes ante instancias de control o auditoría.

Fortalezas percibidas: se destaca la existencia de procesos documentados para la revisión y aprobación del plan anual de vacantes, con cargos y perfiles definidos y participación de la gerencia y del área de talento humano en su formulación y seguimiento. Las respuestas reconocen el uso de registros históricos de vacantes que permiten analizar tendencias, la articulación parcial del plan con la planeación institucional y el MIPG, y la identificación inicial de cargos críticos para la operación del hospital. Asimismo, se resalta el compromiso institucional con la provisión adecuada del talento humano, la anticipación de necesidades futuras y, en algunos casos, la sustentación de vacantes basada en proyecciones de demanda de servicios y estándares técnicos, orientada a fortalecer la estabilidad y suficiencia de la planta de personal.

Estándares de acreditación relacionados: el Plan Anual de Vacantes se articula con los estándares de Dirección y Gobernanza, Gestión del Talento Humano, Gestión del Riesgo, Gestión de la Información y Mejora Continua. Se relaciona con los lineamientos del MIPG, el MECI (Decreto 943 de 2014), la ISO 9001 y los estándares de direccionamiento estratégico y planeación, en concordancia con los principios de suficiencia, idoneidad y gestión estratégica del talento humano.

30. Alertas de corrupción

Debilidades percibidas: las respuestas coinciden principalmente en el temor a represalias como el mayor obstáculo para la activación de alertas de corrupción, asociado a una débil protección efectiva del denunciante y a resistencias culturales para reportar irregularidades. Se identifican fallas en la difusión y accesibilidad de los canales de denuncia, los cuales son poco conocidos, difícilmente localizables o no permiten denuncias anónimas de manera efectiva, lo que inhibe el reporte. Asimismo, se evidencian debilidades en la trazabilidad, seguimiento y cierre oportuno de las alertas, retrasos en la investigación, limitaciones de recursos humanos y técnicos, bajo nivel de capacitación del personal para identificar riesgos de corrupción y una integración limitada de las alertas con la gestión de riesgos, la auditoría interna y los planes preventivos institucionales.

Fortalezas percibidas: se reconoce la existencia de políticas institucionales de ética, integridad y transparencia formalmente adoptadas y socializadas, así como la implementación de MIPG y MECI como

marcos de control. Las respuestas destacan la disponibilidad de canales institucionales formales para la recepción de alertas, procedimientos documentados para su investigación y seguimiento, y el compromiso de la alta dirección y de instancias como Control Interno en la gestión de las denuncias. También se identifica un nivel básico de conocimiento del personal en temas de integridad, la realización de seguimiento a algunas alertas y la alineación general de la gestión con los principios de transparencia, legalidad y control interno.

Estándares de acreditación relacionados: las alertas de corrupción se articulan principalmente con los estándares de Dirección y Gobernanza, Gestión del Riesgo, Gestión Integrada de la Calidad, Gestión del Talento Humano, Gestión de la Información y Mejora Continua, en concordancia con el MIPG y el MECI. Estos estándares promueven la cultura ética, la integridad institucional, la prevención del riesgo de corrupción, la trazabilidad de las actuaciones y el fortalecimiento del control interno como pilares del gobierno organizacional.

31. Seguimiento a planes, programas y proyectos / Plan de Mejoramiento Archivístico / PGIRHS

Debilidades percibidas: las respuestas evidencian como principal debilidad la escasa capacitación del personal en seguimiento de planes, gestión de proyectos, archivo y PGIRHS, lo que impacta la calidad del monitoreo y la correcta ejecución de las actividades. Se identifican falencias en el seguimiento sistemático de indicadores y metas, dificultando la medición de resultados e impacto real de los planes, así como inconsistencias y evidencias incompletas que afectan la trazabilidad de avances y acciones correctivas. Adicionalmente, se reportan limitaciones de personal y tecnológicas, debilidades en la custodia documental, integración insuficiente entre los planes de mejoramiento, el PGIRHS y los sistemas de información, y escaso aprovechamiento de los incidentes asociados a residuos para ajustar protocolos y fortalecer la capacitación. También se evidencian debilidades en la comunicación de roles y responsabilidades de los líderes de proceso.

Fortalezas percibidas: se reconoce la existencia de planes, programas y proyectos formalmente estructurados, con objetivos definidos, responsables asignados y metodologías de planificación y seguimiento alineadas con MIPG. Las respuestas destacan la implementación del Plan de Mejoramiento Archivístico y del PGIRHS, con avances documentados, áreas destinadas para la gestión documental y control de la información institucional. Se evidencia un enfoque de seguimiento que trasciende la ejecución presupuestal y se orienta al logro de resultados e impacto en indicadores institucionales, así como la participación de equipos de trabajo y líderes de proceso con conocimiento de los objetivos estratégicos. Asimismo, se identifican procedimientos documentados de seguimiento, registros parciales de acciones correctivas y articulación con la dirección institucional para el apoyo y asignación de recursos.

Estándares de acreditación relacionados: el seguimiento a planes, programas y proyectos, el Plan de Mejoramiento Archivístico y el PGIRHS se articula con los estándares de Dirección y Gobernanza, Gestión de la Información y Documental, Gestión del Talento Humano, Gobierno Organizacional y Mejora Continua, en coherencia con el MIPG y el MECI. Estos estándares promueven el direccionamiento estratégico, la planeación, el control interno, la gestión ambiental y del riesgo biológico, así como el fortalecimiento de la cultura organizacional orientada a resultados, trazabilidad y mejora permanente.

32. Alertas SACI

Debilidades percibidas: las respuestas evidencian debilidades principalmente en los canales de comunicación con la ciudadanía y en la oportunidad de la respuesta frente a las alertas SACI, generando

retrasos en la recepción, análisis e implementación de acciones correctivas. Se identifican falencias en la documentación y en el registro histórico de las alertas, lo que limita el seguimiento, la trazabilidad y el análisis de tendencias. Asimismo, se reportan demoras en la verificación inicial y en la activación de los protocolos, insuficiente capacitación del personal y directivos sobre los procedimientos SACI, e inconsistencias en la evidencia soporte de algunos casos. Se destaca que, en varios escenarios, las acciones posteriores a las alertas se enfocan en la capacitación del personal, sin corregir fallas estructurales del sistema, lo que favorece la recurrencia de eventos. Adicionalmente, se señala una integración limitada del SACI con otros sistemas internos de control y retrasos en el reporte oportuno a los entes de control.

Fortalezas percibidas: se reconoce la existencia de un sistema SACI implementado con procedimientos estandarizados para la identificación, registro y escalamiento de alertas, así como el compromiso institucional con la transparencia, la vigilancia de los recursos públicos y la rendición de cuentas. Las respuestas destacan la disponibilidad de canales de notificación accesibles y centralizados, que facilitan la captura y reporte oportuno de alertas a las autoridades competentes. Se evidencia la existencia de registros iniciales y de acciones correctivas documentadas, personal responsable con conocimiento básico en control interno y gestión de riesgos, y una cultura institucional orientada a la denuncia responsable, el cumplimiento normativo y la comunicación oportuna.

Estándares de acreditación relacionados: la gestión de las alertas SACI se articula con los estándares de Dirección y Gobernanza, Gestión del Riesgo, Control Interno, Gestión de la Información, Gestión del Talento Humano, Gobierno Organizacional y Mejora Continua, en coherencia con el MIPG y el MECI. Estos estándares promueven la identificación oportuna de alertas, el análisis sistemático de riesgos, la trazabilidad de la información, la participación de las áreas responsables y el fortalecimiento del mejoramiento continuo institucional.

33. Seguimiento a indicadores de procesos

Debilidades percibidas: las respuestas evidencian debilidades principalmente en la formulación y calidad de algunos indicadores, los cuales no siempre aportan información relevante ni se encuentran claramente alineados con los objetivos estratégicos institucionales. Se identifica escasa capacitación del personal en el manejo, análisis e interpretación de indicadores, así como dependencia de pocas personas para la gestión de la información. Se reportan deficiencias en la definición de responsables, retrasos en la recolección, análisis y consolidación de datos, registros incompletos y mediciones realizadas de forma manual. Asimismo, se evidencian análisis poco objetivos, limitada comunicación de resultados a las áreas responsables y al nivel directivo, falta de actualización periódica de indicadores y metas, e integración insuficiente entre indicadores, sistemas de información y planes de mejora, lo que dificulta una visión integral del desempeño institucional y la toma oportuna de acciones correctivas.

Fortalezas percibidas: se reconoce la existencia de indicadores definidos para procesos clave y de un portafolio institucional de indicadores, lo que permite medir, monitorear y controlar el desempeño de los servicios y procesos. Las respuestas destacan la disponibilidad de indicadores estandarizados y el registro periódico de resultados, facilitando el análisis de tendencias y la evaluación del desempeño institucional. Se evidencia el uso de los resultados para la toma de decisiones, la identificación temprana de riesgos y la implementación de acciones de mejora, así como una integración parcial de los indicadores con los planes de mejora, el FURAG y los objetivos estratégicos. Adicionalmente, se reporta la disponibilidad de plataformas

para el registro y seguimiento de indicadores y personal con conocimientos básicos en gestión por resultados y mejora continua.

Estándares de acreditación relacionados: el seguimiento a indicadores de procesos se articula con los estándares de Dirección y Gobernanza, Gestión por Procesos, Gestión del Riesgo, Gestión de la Información, Gestión del Talento Humano y Mejora Continua, en concordancia con el MIPG, el MECI y los lineamientos de gestión integrada de la calidad, orientados a la toma de decisiones basada en datos y al fortalecimiento del desempeño institucional.

34. Control fiscal y sanciones

Debilidades percibidas: las respuestas reflejan principalmente escasa capacitación del personal en normatividad fiscal, control fiscal y responsabilidades administrativas, lo que genera demoras en el análisis de requerimientos y sanciones. Se evidencia debilidad en la documentación y trazabilidad de evidencias para auditorías internas y externas, así como falta de un registro sistemático y seguimiento efectivo a sanciones y hallazgos previos. Se reportan retrasos en la implementación de medidas correctivas y limitada integración de las sanciones con los planes de mejora, la gestión de riesgos y los procesos de auditoría interna, lo que reduce el aprendizaje institucional y aumenta el riesgo legal y reputacional ante los entes de control.

Fortalezas percibidas: se destaca la existencia de protocolos y procedimientos internos estandarizados para la recepción, análisis, registro y seguimiento de sanciones, así como la presencia de un área jurídica y de control interno responsable de su gestión. Las respuestas resaltan el registro y la trazabilidad documental de sanciones y multas, la formulación de planes de mejora derivados de los hallazgos y el seguimiento a los plazos exigidos por los entes de control. Se evidencia compromiso institucional con la transparencia, la rendición de cuentas y una integración parcial de la gestión de sanciones con auditorías internas y planes de mejora.

Estándares de acreditación relacionados: el control fiscal y la gestión de sanciones se articulan con los estándares de Dirección y Gobernanza, Control Interno, Gestión del Riesgo, Gestión de la Información y Mejora Continua, en concordancia con el MECI, la Ley 610 de 2000 y los lineamientos del MIPG, orientados a la trazabilidad, el cumplimiento normativo y el fortalecimiento de la gestión institucional.

35. Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información

Debilidades percibidas: las respuestas evidencian principalmente debilidades en el control de acceso a los sistemas de información y en la gestión de riesgos asociados a la seguridad y privacidad de los datos, lo que incrementa la exposición a ataques cibernéticos, virus y posibles filtraciones de información a través de colaboradores. Se identifican brechas recurrentes en la capacitación y sensibilización del personal sobre protección de datos personales, confidencialidad y manejo seguro de la información, especialmente en el nivel operativo. Asimismo, se reporta ausencia o baja frecuencia de auditorías internas, procedimientos incompletos o desactualizados para la gestión de incidentes de seguridad, y documentación insuficiente de eventos y vulneraciones, lo que puede comprometer la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información, incluida la información clínica de los pacientes.

Fortalezas percibidas: se destaca la existencia de un modelo institucional de seguridad y privacidad de la información, con políticas y lineamientos adoptados que definen roles y responsabilidades claras, así como el acompañamiento permanente del área de sistemas. Las respuestas resaltan el compromiso institucional con la confidencialidad y el manejo responsable de la información clínica y administrativa, el uso de controles

técnicos y administrativos como accesos restringidos, respaldos y autenticación, y la disponibilidad de un sistema de información único para la red. Se evidencia además una sensibilización básica del personal sobre la importancia de proteger la información sensible y una integración parcial de protocolos para el manejo de incidentes de seguridad.

Estándares de acreditación relacionados: el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información se articula con los estándares de Tecnología, Gestión de la Información, Gestión del Riesgo, Gobierno Organizacional y Mejora Continua, en concordancia con el MECI, el MIPG, la Ley 1581 de 2012 y referentes como la ISO/IEC 27001, orientados a garantizar la protección de los datos, la seguridad de la información y el soporte a una atención centrada en el paciente.

36. Norma NTC 5854 — Auditorías de Accesibilidad Web

Debilidades percibidas: las respuestas evidencian un desarrollo incipiente en la implementación de la Norma NTC 5854, asociado principalmente a limitaciones tecnológicas y al uso restringido de herramientas especializadas para evaluar accesibilidad web. Se identifica falta de personal capacitado en diseño web inclusivo y bajo conocimiento institucional sobre los criterios de accesibilidad digital, lo que se refleja en la ausencia de auditorías periódicas y sistemáticas que verifiquen el cumplimiento integral de la norma. Asimismo, se percibe la accesibilidad web más como un requisito técnico que como un derecho fundamental y un componente estratégico de la Política de Gobierno Digital, lo que incrementa el riesgo de mantener barreras de acceso para personas con discapacidad y de no actualizar oportunamente los portales institucionales.

Fortalezas percibidas: se destaca el compromiso institucional con la inclusión digital y la implementación tecnológica, evidenciado en la existencia de un portal web institucional estructurado y con cumplimiento parcial de criterios de accesibilidad. Las respuestas resaltan la conciencia institucional sobre la importancia de la accesibilidad y la usabilidad web, la adopción de buenas prácticas de diseño inclusivo y la disponibilidad de lineamientos básicos para la actualización de contenidos. De manera complementaria, se identifican registros iniciales de auditorías o evaluaciones previas y una integración incipiente de sus hallazgos en planes de mejora, lo que refleja avances progresivos hacia el cumplimiento de la NTC 5854 y la transparencia institucional.

Estándares de acreditación relacionados: la accesibilidad web y la aplicación de la Norma NTC 5854 se articulan con los estándares de Tecnología, Gestión de la Información, Gestión del Talento Humano, Gobierno Organizacional y Mejora Continua, en concordancia con la Política de Gobierno Digital, la NTC 5854, la ISO 9001 y los lineamientos de auditoría y evaluación, orientados a garantizar el acceso equitativo a la información y la inclusión de todos los usuarios.

37. Norma NTC 6047 — Infraestructura

Debilidades percibidas: las respuestas coinciden en que la principal debilidad está relacionada con una infraestructura física que no se encuentra completamente adaptada a los requisitos de la Norma NTC 6047, especialmente en materia de accesibilidad universal. Se identifican áreas asistenciales que, debido a la estructura del hospital, no cumplen plenamente con especificaciones de rutas seguras, rampas con pendientes adecuadas, señalización accesible y condiciones para personas con discapacidad. De manera recurrente se menciona la falta de mantenimiento preventivo y correctivo sistemático, así como la limitada documentación de estas actividades en áreas críticas. Adicionalmente, se evidencian restricciones

presupuestales, insuficiencia de recursos y personal —particularmente en la sede del Hospital Regional— y una débil articulación entre la infraestructura existente y las necesidades reales de los procesos asistenciales, lo que afecta la eficiencia, la seguridad del paciente y la calidad del servicio.

Fortalezas percibidas: se destaca la existencia de responsables asignados para la gestión y mantenimiento de la infraestructura, así como planes de mejoramiento y actividades de mantenimiento preventivo en determinados servicios. Las respuestas resaltan una conciencia institucional creciente sobre la importancia de cumplir con la NTC 6047, evidenciada en la ejecución de adecuaciones parciales, la destinación de recursos y la incorporación de la infraestructura dentro de los sistemas de gestión institucional y de habilitación. Asimismo, se reconoce la presencia de señalización interna, rutas de evacuación y programas básicos de mantenimiento que contribuyen a la seguridad hospitalaria, junto con el seguimiento realizado por el área encargada y la integración progresiva de hallazgos de infraestructura en los planes de mejora institucionales.

Estándares de acreditación relacionados: la infraestructura y su alineación con la Norma NTC 6047 se relacionan directamente con los estándares de Infraestructura y Mantenimiento, Ambiente Físico, Seguridad del Paciente, Gestión del Riesgo, Gestión de la Tecnología y Mejora Continua, en concordancia con los lineamientos de Ingeniería Hospitalaria, la gestión del entorno físico y tecnológico, y los principios de direccionamiento y gobierno institucional orientados a una atención segura, accesible y de calidad.

38. Seguimiento de resultados de medición de cultura organizacional

Debilidades percibidas: las respuestas evidencian debilidades en el seguimiento y aprovechamiento de los resultados de la medición de cultura organizacional, asociadas principalmente a la limitada capacitación del personal y de los directivos para interpretar los hallazgos y utilizarlos en la toma de decisiones. Se identifica baja divulgación y socialización institucional de los resultados, escasa retroalimentación al personal y ausencia o debilidad de planes de mejora derivados de la medición. Asimismo, se resalta la falta de continuidad y periodicidad en la aplicación de los instrumentos, el bajo nivel de participación del personal y la limitada integración de los resultados en la planeación estratégica y la gestión del talento humano, lo que reduce el impacto de la medición sobre el clima laboral y el fortalecimiento cultural.

Fortalezas percibidas: se destaca la existencia de herramientas, metodologías e instrumentos estandarizados para la medición de la cultura organizacional, así como la realización de encuestas institucionales que permiten recopilar información relevante sobre el clima y el desempeño organizacional. Las respuestas reflejan conciencia institucional sobre la importancia de la cultura organizacional como factor clave para la mejora del clima laboral y el desempeño, la participación de las áreas de talento humano y calidad en la aplicación y análisis de los resultados, y una integración inicial de algunos hallazgos en planes de mejora, capacitación y estrategias de motivación, lo que evidencia avances progresivos hacia el fortalecimiento de la cultura institucional.

Estándares de acreditación relacionados: el seguimiento a los resultados de la medición de la cultura organizacional se articula con los estándares de Dirección y Gobernanza, Transformación Cultural, Gestión del Talento Humano, Gestión del Riesgo, Gestión de la Información y Mejora Continua, en coherencia con los lineamientos del MIPG y el MECI, orientados al monitoreo del desempeño institucional, la toma de decisiones basada en resultados y el fortalecimiento del clima y la cultura organizacional.

Conclusión

Los resultados de la Encuesta de Pre-saberes aplicada en el marco de la Auditoría de Seguidimientos 2025 evidencian, en términos generales, un adecuado nivel de apropiación conceptual por parte de los responsables de proceso frente a los temas normativos, técnicos y de gestión evaluados, lo cual refleja avances importantes en la comprensión de los lineamientos institucionales y del Sistema de Control Interno.

No obstante, el análisis cualitativo permitió identificar oportunidades de mejora asociadas principalmente a la aplicación práctica de dichos conocimientos, especialmente en aspectos relacionados con la estandarización de procedimientos, la documentación de los controles, la trazabilidad del seguimiento y la articulación entre procesos. En este sentido, el ejercicio constituye un insumo relevante para orientar acciones de fortalecimiento institucional, priorizar estrategias de acompañamiento y capacitación, y focalizar el seguimiento durante la vigencia 2025, bajo un enfoque preventivo, pedagógico y de mejora continua.

1.9. Estándares de acreditación asociados a la auditoría

De acuerdo con el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en Colombia, la Auditoría Plan de Seguidimientos a Procesos Institucionales y Riesgos Asociados se encuentra asociada a estándares de acreditación de carácter transversal, orientados a la gestión institucional, el control interno, la evaluación del desempeño, la gestión del riesgo y la mejora continua.

En este sentido, los principales estándares de acreditación relacionados con el alcance y los objetivos de la presente auditoría corresponden a los siguientes:

1.9.1. Estándares de Dirección y Gerencia

El Manual de Acreditación establece que la alta dirección debe garantizar una gestión institucional planificada, evaluada y orientada al cumplimiento de los objetivos estratégicos, mediante el uso de información confiable, mecanismos de seguimiento y control, y toma de decisiones basada en resultados.

Estos estándares se relacionan con:

- Seguimiento a objetivos estratégicos
- Articulación entre planeación, ejecución y control
- Evaluación periódica del desempeño institucional

1.9.2. Estándares de Planeación, Evaluación y Mejora Continua

El Manual exige que las instituciones cuenten con mecanismos sistemáticos de seguimiento, evaluación y mejora, que permitan verificar el cumplimiento de planes, programas y proyectos, identificar desviaciones y adoptar acciones correctivas oportunas.

Este grupo de estándares se asocia con:

- Seguimiento a planes institucionales
- Uso de indicadores de gestión
- Análisis de resultados
- Formulación de acciones de mejora

1.9.3. Estándares de Gestión del Riesgo

El Manual de Acreditación establece que las instituciones deben identificar, analizar, evaluar y gestionar los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de sus objetivos, la calidad de la atención, la sostenibilidad institucional y la seguridad de los usuarios.

Estos estándares se relacionan directamente con:

- Identificación y análisis de riesgos institucionales
- Seguimiento a riesgos estratégicos, misionales y administrativos
- Implementación de controles y acciones preventivas

1.9.4. Estándares de Gestión de la Información

El Manual señala que la información debe ser confiable, oportuna y utilizada como soporte para la toma de decisiones, el seguimiento institucional y la evaluación del desempeño.

Este componente se vincula con:

- Uso de plataformas institucionales (como Almera)
- Registro y seguimiento de indicadores
- Trazabilidad de la gestión y evidencia documental

1.9.5. Estándares de Cultura Organizacional y Competencias

El Manual promueve el fortalecimiento de las competencias del talento humano y la apropiación de los lineamientos institucionales como elementos clave para garantizar una gestión efectiva y el cumplimiento de los estándares de calidad.

Estos estándares se relacionan con:

- Ejercicios diagnósticos como la encuesta de pre-saberes
- Socialización normativa
- Acompañamiento y fortalecimiento de capacidades

Estos estándares constituyen el marco de referencia de calidad desde el cual se evalúan los procesos institucionales objeto de seguimiento, fortaleciendo el enfoque preventivo, la gestión del riesgo y la mejora continua de la entidad.

1.10. Componentes y Elementos del MECI

El Modelo Estándar de Control Interno (MECI) es una herramienta fundamental del sistema de control interno en las entidades públicas, y se articula con la dimensión 7 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG): Control Interno. Esta dimensión busca asegurar el cumplimiento normativo, la eficiencia institucional y la mejora continua mediante el fortalecimiento de mecanismos de control.

El MECI establece una estructura conceptual que facilita la implementación, evaluación y mejora del Sistema de control interno en las entidades, sustentándose en tres principios básicos:

- **Autocontrol:** Cada servidor público es responsable de ejercer control sobre sus funciones y actividades, asegurando el cumplimiento de objetivos y normas desde su rol individual.

- **Autorregulación:** La entidad debe establecer sus propios métodos, políticas, procedimientos y mecanismos de evaluación, orientados a la mejora continua.
- **Autogestión:** La organización debe garantizar su funcionamiento y el cumplimiento de sus fines mediante una gestión autónoma, estructurada y efectiva de sus procesos.

Estos principios fortalecen la capacidad institucional para la planificación, ejecución, seguimiento y control de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, permitiendo que ejercicios como el Plan de Seguimientos a Procesos Institucionales y Riesgos Asociados, la identificación y análisis de riesgos, el uso de indicadores, la aplicación de la encuesta de pre-saberes y la formulación de recomendaciones de mejora, se fundamenten en un sistema de control interno articulado, preventivo y orientado a resultados.

2. Desarrollo de la auditoria

En la presente auditoria se revisan 38 temas, que se han detectado derivado de las encuestas del Furag, circulares externas, y normativa aplicable a la entidad, en donde se ha solicitado la el seguimiento por parte del jefe de control interno al cumplimiento de dichas disposiciones al interior de la entidad. Al ser aspectos puntuales no se puede realizar una auditoria por cada uno de ellos debido a limitación de tiempo y recursos.

Es importante señalar que estos aspectos puntuales que se revisan en esta auditoria compilados en 38 temas, aportan al correcto funcionamiento de la entidad, al cumplimiento normativo a la mejora continua y al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la misma.

Por lo anterior esta se convierte en una auditoria transversal a todos los procesos y a las 3 líneas de defensa pues todos los procesos están involucrados y contribuye al cumplimiento de la misión, visión, objetivos estratégicos y legado.

| Tema | Normativa aplicable (Colombia) | Dónde exige revisión periódica por Jefe OCI |
|--|--|---|
| 1. Entrenamiento en el puesto de trabajo | Ley 87/1993 (plan de inducción y capacitación en Art.4, parágrafo); Decreto 1072/2015 (compilación sector Trabajo); Resolución 0312/2019 (estándares mínimos SST que exigen formación y programas de capacitación). Función Pública+2 | Ley 87/1993 (Art.4 k y Art.9-11) obliga que el SCI incluya programas de inducción y capacitación; Decreto 1083/2015 y Manual MIPG señalan informes y seguimiento del Jefe OCI (informes semestrales/anuales). El Jefe OCI debe verificar existencia, ejecución y evidencia de los planes de formación en su informe de seguimiento. Función Pública+1 |
| 2. Capacitación personal de cocina | Resolución 2674/2013 y normas de calidad e inocuidad alimentaria del Ministerio de Salud y de INVIMA (Normas para servicios de alimentación en instituciones de salud); también estándares SST (Res.0312/2019) para capacitación. Ministerio de Trabajo | El SCI (Ley 87/1993 + Decreto 1083/2015) debe verificar cumplimiento de programas técnicos obligatorios; además, MinSalud exige reportes y auditorías internas sobre gestión de riesgos sanitarios que la OCI debe incorporar en sus seguimientos. Función Pública+1 |
| 3. Convenios docencia-servicio | Leyes que regulan docencia e investigación en salud (Decreto 1757/1994 y regulaciones del Ministerio de Salud sobre habilitación y convenios docencia-servicio); normas de contratación pública y Colombia Compra (SECOPII) para registro de convenios cuando aplicable. Colombia Compra Eficiente | Decreto 1083/2015 y Manual MIPG: la OCI debe incluir seguimiento de convenios, evaluación de cumplimiento contractual y evidencias; además Colombia Compra (Circular Externa) exige reportes/registro en SECOPII que la OCI debe vigilar. Función Pública+1 |
| 4. Acuerdos de gestión | Marco MIPG (Decreto 1499/2017) y normas internas de contratación/gestión pública; artículos de la Ley 87/1993 | MIPG y Decreto 1083/2015 mandan evaluación periódica de la gestión institucional; Jefe OCI debe revisar |

| Tema | Normativa aplicable (Colombia) | Dónde exige revisión periódica por Jefe OCI |
|---|--|--|
| | sobre objetivos y planes. Función Pública+1 | cumplimiento de acuerdos de gestión en informes semestrales/ anuales. Función Pública+1 |
| 5. Cobro de cartera (vigencia) | Normativa financiera y de contabilidad pública; Ley 610/2000 y normas de la Contaduría General, normatividad sobre gestión de cartera en entidades públicas; circulares de la Contaduría General y lineamientos de la Supersalud sobre gestión de cartera de ESE. Función Pública | Ley 87/1993 (Art.2 objetivo de proteger recursos) y Decreto 1083/2015: el Jefe OCI debe incluir seguimiento a la gestión de cartera, indicadores financieros y controles de recaudo en sus informes. (La Contaduría puede exigir revisiones contables que OCI debe coordinar). Función Pública+1 |
| 6. Cartera mayor a 360 días | Normas contables y de gestión financiera pública (Contaduría General), disposiciones de la Supersalud y Ministerio de Hacienda sobre clasificación de cartera y gestión de riesgo crediticio en entidades públicas. Función Pública | OCI debe incluir en su plan de seguimiento indicadores de cartera (rotación, antigüedad), conforme a Ley 87/1993 (protección de recursos) y obligaciones de reporte del Jefe OCI (informes semestrales). Función Pública |
| 7. Vinculación de jóvenes – Decreto 2365 de 2019 | Decreto 2365 de 2019 (promoción de empleo para jóvenes en entidades públicas), además del Estatuto del Empleo Público y normas laborales (Decreto 1072/2015). Alcaldía de Bogotá+1 | El cumplimiento de política de contratación especial (Decreto 2365/2019) debe ser verificado por la OCI en sus seguimientos administrativos y reportes al Comité de Control Interno; además la Ley 87/1993 obliga a supervisar cumplimiento de normas laborales. Función Pública+1 |
| 8. Resultados auditoría concurrente | Normas de auditoría interna (Ley 87/1993 Art.11 sobre Plan de Auditoría), Decreto 1083/2015 (informes del Jefe OCI), y lineamientos de la Contraloría y Supersalud sobre auditoría concurrente. Función Pública+1 | Art.11 Ley 87/1993 (Plan de Auditoría) y Decreto 1083/2015: el Jefe OCI debe programar seguimiento a hallazgos de auditoría concurrente y reportarlos en informes semestrales/ anuales. Función Pública+1 |
| 9. Uso de la estampilla pro hospitales | Ley 645 de 2001 y demás normas departamentales/municipales que autorizan estampillas pro-hospitales (p.ej. Leyes departamentales posteriores como Ley 2028/2020, Leyes 2190/2022 según departamento). La regulación del destino y ejecución de recursos se halla en la ley que crea la estampilla y normas fiscales. tramites1.suit.gov.co+1 | La OCI debe verificar la destinación y ejecución de recursos (Ley 87/1993: protección de recursos) y reportar irregularidades. Además, controles internos y auditorías financieras deben seguir las condiciones establecidas en la ley de la estampilla y en el ordenamiento fiscal. Función Pública |
| 10. Centros de costos | Normas contables y de costos aplicables a entidades públicas (Contaduría General), principios de contabilidad pública, y disposiciones DIAN/Contaduría sobre gestión de centros de costos y facturación. Función Pública | Ley 87/1993 (Art.2, protección de recursos) y Decreto 1083/2015. El Jefe OCI debe verificar la correcta parametrización y operación de centros de costos en sus informes, especialmente si afectan EBITDA o información financiera. Función Pública |
| 11. Supervisión de contratos (soportes) | Ley 80/1993 (Contratación pública), Decreto 1082/2015/Decreto Único de contratación, Decretos y circulares de Colombia Compra; Circular Externa SECOP II (Circular externa 001/2024 y otras) sobre registro y reportes. Colombia Compra Eficiente+1 | Decreto 1083/2015 y Ley 87/1993: OCI debe revisar contratación, soportes y cierre de contratos; Colombia Compra exige publicar y reportar procesos (SECOP) que OCI debe vigilar. Función Pública+1 |
| 12. Declaración de renta / conflicto intereses | Estatuto tributario (DIAN) para declaración de renta; Ley 734/2002 (Código Disciplinario) y Ley 80/1993 + Ley 1474/2011 (anticorrupción) para conflictos de interés; en general, normativa anticorrupción y de ética pública (Ley 734, Ley 1474). Función Pública+1 | Ley 87/1993 y Decreto 1083/2015: la OCI debe vigilar cumplimiento de reglas de ética, conflicto de intereses y publicar hallazgos en informes semestrales; la Ley 1474 exige mecanismos de prevención que OCI debe monitorear. Función Pública+1 |
| 13. Envío de información litigiosa | Ley 1712/2014 (transparencia y acceso a la información pública) y normas procesales/administrativas; reglas de gestión documental (Ley 594/2000) y normas del | Ley 87/1993 (garantía de oportunidad y confiabilidad de la información, Art.2 e Art.5) obliga a la OCI a verificar procesos de manejo de información y remisión de datos en |

| Tema | Normativa aplicable (Colombia) | Dónde exige revisión periódica por Jefe OCI |
|---|---|--|
| | Ministerio de Justicia sobre remisión de información a entes judiciales. Función Pública | procesos litigiosos; además el Jefe OCI publica informes semestrales. Función Pública |
| 14. Reporte Circular Externa 01 de 2024 – SECOP II | Circular Externa No. 001 de 2024 de Colombia Compra Eficiente (obligatoriedad de remitir información y reportes en SECOP II). Colombia Compra Eficiente | La OCI debe verificar el reporte y publicación en SECOP II porque la Circular impone obligaciones de reporte a las entidades; por Ley 87/1993 y Decreto 1083/2015 la OCI supervisa el cumplimiento normativo y los reportes exigidos por entes rectores. Colombia Compra Eficiente+1 |
| 15. Acciones de repetición | Ley 678/2001 (acción de repetición y responsabilidad fiscal); Leyes y doctrina (Consejo de Estado) sobre procedimiento de recuperación y responsabilidades; normas de la Supersalud y Contaduría para seguimiento. defensajuridica.gov.co+1 | Ley 87/1993 obliga a OCI a reportar irregularidades y a dar seguimiento a procesos que afecten el patrimonio; el Jefe OCI debe evaluar el manejo de acciones de repetición y su avance en informes semestrales. Función Pública |
| 16. Entrega de cargos | Ley 87/1993 (Art.4 j/k sobre procedimientos y entrega de información), Decreto 1083/2015 (procedimientos administrativos); normas internas de la entidad sobre entrega de cargos y gestión documental. Función Pública+1 | Ley 87/1993 y Decreto 1083/2015: la OCI debe verificar existencia de protocolos de entrega de cargos y pruebas (actas), y reportar incumplimientos en su informe semestral. Función Pública |
| 17. SARLAFT | Ley 1121/2006 y Leyes relacionadas; Circulares y lineamientos de la Superintendencia Financiera y Superintendencia de Salud sobre aplicación de SARLAFT en entidades del sector salud (guías y directrices específicas). Supervigilancia+1 | Las entidades vigiladas por Superfinanciera deben implementar SARLAFT; la OCI debe incluir el seguimiento a SARLAFT en su plan y reportarlo; las circulares de supervisión obligan a reportes y control interno sobre prevención de LA/FT. Superintendencia Financiera de Colombia+1 |
| 18. Facturación electrónica | Resoluciones DIAN sobre facturación electrónica (Resolución 000165/2023 y modificaciones; Resolución 000008/2024; otras resoluciones 2023–2024–2025). Marco normativo disponible en DIAN. Dian+1 | Decreto 1083/2015 + Ley 87/1993: OCI debe verificar implementación técnica y cumplimiento de anexos técnicos (DIAN) en facturación electrónica; la DIAN fija plazos y la entidad debe reportar cumplimiento que OCI revisa en seguimiento. Función Pública+1 |
| 19. Nómina electrónica | Resoluciones DIAN (Resolución 000013/2021, Resolución 000151/2021 y demás sobre documento soporte de pago de nómina electrónica). Dian+1 | OCI debe controlar que el empleador genere/transmita el documento soporte de nómina electrónica tal como exige la DIAN; incluirlo en informes de control interno (Ley 87/1993 / Decreto 1083). Función Pública+1 |
| 20. Hospital Regional Zipaquirá – equilibrio | Normas de gestión financiera pública, estatutos de ESE, disposiciones de la Supersalud y Secretaría de Salud departamental; convenios interadministrativos regulados por Ley 80/1993 y normas de contratación pública. Función Pública+1 | OCI debe monitorizar sostenibilidad financiera y cumplimiento de acuerdos; la Ley 87/1993 y Decreto 1083/2015 imponen seguimiento e informes sobre riesgos financieros que afecten la misión. Función Pública |
| 21. Manual de funciones | Ley 87/1993 (Art.4 parágrafo sobre manuales de funciones); Decreto 1083/2015 y normativas del empleo público que exigen definición de perfiles y funciones. Función Pública+1 | La OCI debe verificar existencia y actualización de manuales de funciones como parte del ambiente de control (Ley 87/1993 Art.4). El Jefe OCI reporta hallazgos en informes semestrales. Función Pública |
| 22. Austeridad del gasto | Leyes y decretos de gestión fiscal (Ley de responsabilidad fiscal, normas de gasto público, decretos del Ministerio de Hacienda); lineamientos para austeridad y uso eficiente del gasto público. Función Pública | OCI controla ejecución presupuestal y uso eficiente de recursos (Ley 87/1993 Art.2 a y Art.6), debe incluir en su seguimiento indicadores de gasto y controles de austeridad. Función Pública |

| Tema | Normativa aplicable (Colombia) | Dónde exige revisión periódica por Jefe OCI |
|---|--|---|
| 23. Meritocracia | Estatuto de la función pública (Decreto 1083/2015), Leyes laborales y normas de carrera administrativa; Ley 909/2004 y normas sobre mérito y selección (normativa aplicable al empleo público). Función Pública | OCI debe verificar procesos de selección y cumplimiento del mérito como parte del ambiente de control y de la evaluación de talento humano (Ley 87/1993, Decreto 1083). Función Pública |
| 24. FURAG – MIPG | Decreto 1499 de 2017 (MIPG) y normas de implementación del FURAG (Fichas Únicas de Resultados y Gestión) en el Manual Operativo MIPG. Función Pública+1 | Manual MIPG y Decreto 1499/2017 asignan al Jefe OCI funciones de seguimiento y evaluación del MIPG; la OCI debe revisar el cumplimiento de FURAG y reportar resultados. Función Pública |
| 25. Comité MIPG | Decreto 1499/2017 (MIPG) y Manual Operativo MIPG que define comités y responsabilidades de seguimiento. Función Pública+1 | El Jefe OCI participa y verifica la operatividad del Comité MIPG y debe incluir sus hallazgos en informes de control interno (Manual MIPG). Función Pública |
| 26. Inventarios, propiedades planta y equipo (PPE) | Decreto y normas contables públicas (Contaduría General), Decreto 1083/2015 (bajas, comité de bajas, inventarios) y normas sobre control de bienes del Estado. Función Pública | Decreto 1083/2015 (y normas internas) asignan al OCI seguimiento sobre inventarios y comités de bajas; OCI debe verificar existencia física y registros contables y reportarlo. Gobernación de Cundinamarca |
| 27. Insumos, medicamentos y MMQ faltantes | Resolución 1403/2007 y normatividad MinSalud sobre gestión de servicios farmacéuticos y abastecimiento en instituciones de salud; normas de habilitación; directrices de INVIMA sobre medicamentos; Colombia Compra para contratación. Colombia Compra Eficiente | OCI debe incluir seguimiento a gestión de inventarios críticos y cadena de suministro farmacéutica por su impacto en la prestación; Ley 87/1993 y Decreto 1083/2015 obligan al OCI a revisar riesgos operativos que afecten misión. Función Pública |
| 28. Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) | Decreto 1072/2015 (compilación sector Trabajo), Resolución 0312/2019 (estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST), demás normas MinTrabajo. Función Pública+1 | La OCI debe verificar cumplimiento del Sistema de Gestión de SST y la ejecución de programas de prevención; Ley 87/1993 y Decreto 1083/2015 obligan a integrar SST en el SCI y a reportar hallazgos. Función Pública+1 |
| 29. Plan anual de vacantes | Decreto 1083/2015 (gestión de planta de cargos), normas de empleo público que exigen planificación de vacantes; lineamientos del Sistema de Gestión Humana. Función Pública | OCI debe revisar plan anual de vacantes como parte del control al talento humano; verificar cumplimiento y coherencia con presupuesto en informes semestrales. Función Pública |
| 30. Alertas de corrupción | Ley 1474/2011 (anticorrupción), Ley 1757/2015 o directivas de la Secretaría de Transparencia; deber de reportar previsto en Ley 87/1993 Art.14 (reportes del Jefe OCI). Función Pública+1 | Ley 87/1993 (Art.14) obliga al Jefe OCI a reportar posibles actos de corrupción; la Ley 1474/2011 establece mecanismos de control que OCI debe vigilar y reportar. Función Pública+1 |
| 31. Cumplimiento a Planes y programas | Decreto 1499/2017 (MIPG), Ley 87/1993 (evaluación y seguimiento) y Manual Operativo MIPG. Función Pública+1 | MIPG y Ley 87/1993 requieren seguimiento y evaluación periódica; Jefe OCI verifica cumplimiento en informes de seguimiento. Función Pública+1 |
| 32. Riesgo Fiscal | Leyes fiscales y de responsabilidad fiscal; normativa de la Contraloría, Contaduría General y normas de la Supersalud para entidades públicas. Función Pública | OCI debe evaluar riesgos fiscales y reportarlos (Ley 87/1993 Art.2 y Art.14; Decreto 1083/2015 para informes y seguimiento). Función Pública |
| 33. Indicadores de los procesos | Decreto 1499/2017 (MIPG) y Manual Operativo MIPG que establece medición de desempeño y uso de indicadores; Ley 87/1993 para evaluación de gestión. Función Pública+1 | MIPG y Manual Operativo obligan al Jefe OCI a hacer seguimiento de indicadores y a integrar resultados en informes de control. Función Pública |
| 34. Sanciones a la ESE (vigencia) | Normas procesales y disposiciones de la Supersalud, Contraloría y Fiscalía que regulan sanciones | OCI debe identificar y reportar hechos que pueden dar lugar a sanciones y hacer seguimiento a medidas |

| Tema | Normativa aplicable (Colombia) | Dónde exige revisión periódica por Jefe OCI |
|---|--|--|
| | administrativas, fiscales y penales; Ley 87/1993 para seguimiento de hallazgos que pueden generar sanciones. Función Pública | correctivas (Art.14 Ley 87/1993 y Decreto 1083/2015). Función Pública |
| 35. Seguridad y privacidad de la información | Ley 1581/2012 (Protección de Datos Personales) y Decreto 1377/2013 (reglamenta parcial); lineamientos de la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC). Función Pública+1 | Ley 87/1993 obliga a garantizar la confiabilidad de la información; OCI debe verificar implementación de políticas de protección de datos y reportar hallazgos; la normativa de datos exige auditorías y medidas de seguridad que OCI debe auditar periódicamente. Función Pública+1 |
| 36. Norma NTC 5854 (accesibilidad web) | NTC 5854 (ICONTEC) sobre accesibilidad web; MinTIC como promotor de accesibilidad (gobierno digital) obliga a portales públicos a cumplir requisitos de accesibilidad. Mincomercio+1 | OCI debe incluir verificación de cumplimiento de NTC5854 en su plan de control y reportarlo (MIPG/ Ley 87). gobiernodigital.mintic.gov.co+1 |
| 37. Norma NTC 6047 (infraestructura) | NTC 6047 (ICONTEC) sobre accesibilidad del medio físico en la administración pública; disposiciones de accesibilidad contenidas en normativas de infraestructuras públicas. Colaboración+1 | OCI debe verificar cumplimiento de criterios de accesibilidad física en instalaciones como parte de control a infraestructura y seguridad de servicio; reportar hallazgos conforme a Ley 87/1993 y Decreto 1083/2015. Función Pública |
| 38. Cultura organizacional | MIPG (Decreto 1499/2017) y Ley 87/1993 (ambiente de control y políticas institucionales) que exigen clima organizacional, manuales, programas de integridad y formación. Leyes anticorrupción (Ley 1474/2011) promueven cultura de integridad. Función Pública+1 | MIPG y Ley 87/1993 establecen que el ambiente de control y la cultura organizacional deben ser objeto de evaluación; el Jefe OCI debe incluir mediciones (encuestas, evidencias) en sus informes semestrales/ anuales y proponer acciones correctivas. Función Pública+1 |

2.1. Indicadores

Según la información enviada por William Morales de la oficina de planeación vía correo electrónico el día 3 de diciembre. Panorama global de los indicadores del Hospital.

| Categoría de Gestión | Aspectos Principales Medidos | Conteo Aproximado de Indicadores |
|-----------------------|--|----------------------------------|
| Asistenciales | Oportunidad de Acceso (Citas, Urgencias), Utilización de Capacidad (Giro Cama, Ocupacional), Volumen de Servicio (Consultas, Exámenes). | 330 |
| De Calidad | Seguridad del Paciente (Eventos Adversos, Infecciones, UPP, Caídas), Adherencia a Protocolos (Higiene de Manos), Satisfacción del Usuario, Resultados Clínicos (Mortalidad, Complicaciones). | 220 |
| Logísticos | Mantenimiento de Equipos/Infraestructura, Gestión de Residuos, Seguridad de la Información (Ciberataques), Control de Inventarios/Suministros. | 60 |
| Financieros | Rentabilidad (EBITDA), Liquidez, Endeudamiento, Riesgo Fiscal, Gestión de Cartera y Cobro, Utilidad Operacional. | 40 |
| Talento Humano | Rotación, Ausentismo, Conformación de Planta, Cumplimiento de Programas de Formación y Salud Ocupacional. | 40 |

| Categoría de Gestión | Aspectos Principales Medidos | Conteo Aproximado de Indicadores |
|-------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| TOTAL aproximado | | 690 Indicadores |

2.1.2. Relación de los temas objeto de seguimiento con los objetivos estratégicos

| Nº | Tema | Relación con Indicador | Indicador Relacionado (Nombre y Código) | Descripción(es) del Objetivo Estratégico Contribuido |
|----|--|------------------------|---|---|
| 1 | Entrenamiento en el puesto de trabajo | No Relacionada | N/A | CA1: Aumentar en un 20% la participación de los profesionales en programas de formación continua y diplomados. |
| 2 | Capacitación personal de cocina | No Relacionada | N/A | CA1: Aumentar en un 20% la participación de los profesionales en programas de formación continua y diplomados. C1: Incrementar el índice de satisfacción del cliente en un 6%. |
| 3 | Convenios docencia-servicio | Parcial | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION (21) | PI2: Incrementar la generación de conocimiento e innovación como Hospital Universitario. |
| 4 | Acuerdos de gestión | Parcial | CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO (11575) | PI3: Fortalecer el Sistema de Gestión Integrado (SGI), asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos. |
| 5 | Cobro de cartera vigencia | Directa | PORCENTAJE DE RECUPERACION DE CARTERA DE LA VIGENCIA ACTUAL (2034) | F2: Implementar un sistema de costos y una gestión financiera integral, la automatización de procesos de facturación y cobro. |
| 6 | Cartera mayor a 360 días | Parcial | PORCENTAJE DE RECUPERACION DE CARTERA DE VIGENCIAS ANTERIORES (2033) | F2: Implementar un sistema de costos y una gestión financiera integral, la automatización de procesos de facturación y cobro. |
| 7 | Vinculación a jóvenes a la planta de personal... | Parcial | ROTACION CONSOLIDADO PERSONAL INSTITUCIONAL (2047) | CA1: Aumentar en un 20% la participación de los profesionales en programas de formación continua y diplomados. PI3: Fortalecer el SGI, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos. |
| 8 | Resultados auditoría concurrente | Parcial | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORA PUM (2126) | PI3: Fortalecer el SGI, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos. PI1: Fortalecer el desempeño de la gestión clínica y certificar los servicios de salud. C2: Aumentar atención en servicios de alta complejidad y reducir tiempos de espera. |
| 9 | Uso de la estampilla pro hospitales | No Relacionada | N/A | F2: Implementar un sistema de costos y una gestión financiera integral, la automatización de procesos de facturación y cobro. |

| Nº | Tema | Relación con Indicador | Indicador Relacionado (Nombre y Código) | Descripción(es) del Objetivo Estratégico Contribuido |
|----|--|------------------------|--|---|
| 10 | Centros de costos | Parcial | RAZON DE LIQUIDEZ (RAZON CORRIENTE) CIFRAS EN MILES (1948) | F1: Lograr un incremento del 20% en el valor EBITDA. F2: Implementar un sistema de costos y una gestión financiera integral... |
| 11 | Supervisión de contratos (soportes) | Parcial | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL PLAN DE AUDITORIAS INTERNAS (2117) | PI3: Fortalecer el SGI, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos. F2: Implementar un sistema de costos y una gestión financiera integral... C2: Aumentar atención en servicios de alta complejidad y reducir tiempos de espera. |
| 12 | Declaración de renta / conflicto intereses | Parcial | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE GESTION DEL RIESGO (2122) | PI3: Fortalecer el SGI, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos. |
| 13 | Envío de información litigiosa | Parcial | PROPORCION DE RESPUESTA OPORTUNA A LOS REQUERIMIENTOS JUDICIALES (33) | PI3: Fortalecer el SGI, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos. |
| 14 | Reporte anual... SECOP II | Parcial | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES (N/A) | PI3: Fortalecer el SGI, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos. F2: Implementar un sistema de costos y una gestión financiera integral... |
| 15 | Acciones de repetición | Directa | PROPORCION DE PROCESOS JUDICIALES Y DE RECUPERACION DE CARTERA GESTIONADOS (35) | F2: Implementar un sistema de costos y una gestión financiera integral... |
| 16 | Entrega de cargos | No Relacionada | N/A | PI3: Fortalecer el SGI, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos. |
| 17 | SARLAFT | Parcial | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE GESTION DEL RIESGO (2122) | PI3: Fortalecer el SGI, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos. |
| 18 | Facturación electrónica | Parcial | PORCENTAJE DE AUMENTO EN EL MONTO FACTURADO ACUMULADO AL PERIODO EVALUADO (2018) | F2: Implementar un sistema de costos y una gestión financiera integral, la automatización de procesos de facturación y cobro. |
| 19 | Nómina electrónica | Parcial | MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIO DE PERSONAL DE PLANTA... (1956) | F2: Implementar un sistema de costos y una gestión financiera integral, la automatización de procesos de facturación y cobro. |

| Nº | Tema | Relación con Indicador | Indicador Relacionado (Nombre y Código) | Descripción(es) del Objetivo Estratégico Contribuido |
|----|--|------------------------|---|---|
| 20 | Hospital Regional de Zipaquirá... | Parcial | RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO (2004) | F1: Lograr un incremento del 20% en el valor EBITDA. F2: Implementar un sistema de costos y una gestión financiera integral... |
| 21 | Manual de funciones | Parcial | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DEL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN (2143) | PI3: Fortalecer el SGI, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos. CA1: Aumentar en un 20% la participación de los profesionales en programas de formación continua y diplomados. |
| 22 | Austeridad del gasto | Parcial | UTILIDAD OPERACIONAL TOTAL INSTITUCIONAL (2381) | F1: Lograr un incremento del 20% en el valor EBITDA. |
| 23 | Meritocracia | No Relacionada | N/A | PI3: Fortalecer el SGI, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos. |
| 24 | FURAG – MIPG | Parcial | MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - EVALUACION DE ACREDITACION POR EL ENTE EVALUADOR (2116) | PI3: Fortalecer el SGI, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos. |
| 25 | Comité MIPG | Parcial | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE COMITES INSTITUCIONALES CON NIVEL DE CALIFICACION ALTO (2105) | PI3: Fortalecer el SGI, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos. |
| 26 | Inventarios, propiedades planta equipo | Parcial | MARGEN PERIODO DE REPOSICION DE INVENTARIOS (ROTACION DE INVENTARIOS) (1987) | F2: Implementar un sistema de costos y una gestión financiera integral... |
| 27 | Insumos, medicamentos y MMQ faltantes | Directa | PORCENTAJE DE DISCREPANCIAS JUSTIFICADAS (HRZ11607) | PI1: Fortalecer el desempeño de la gestión clínica y certificar los servicios de salud. C2: Aumentar atención en servicios de alta complejidad y reducir tiempos de espera. F2: Implementar un sistema de costos y una gestión financiera integral... |
| 28 | Seguridad y Salud en el Trabajo | Parcial | INDICE DE FRECUENCIA POR ACCIDENTALIDAD GLOBAL (PLANTA Y ALIADOS) (2183) | PI3: Fortalecer el SGI, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos. PI1: Fortalecer el desempeño de la gestión clínica y certificar los servicios de salud. |
| 29 | Plan anual de vacantes | Parcial | TOTAL PERSONAL DE PLANTA ADMINISTRATIVO (2019) | CA1: Aumentar en un 20% la participación de los profesionales en programas de formación continua y diplomados. PI3: Fortalecer el SGI, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos. |

| Nº | Tema | Relación con Indicador | Indicador Relacionado (Nombre y Código) | Descripción(es) del Objetivo Estratégico Contribuido |
|----|--|------------------------|---|---|
| 30 | Alertas de corrupción | Parcial | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE GESTION DEL RIESGO (2122) | PI3: Fortalecer el SGI, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos. |
| 31 | Cumplimiento a Planes y programas | Directa | CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO (11575) | PI3: Fortalecer el SGI, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos. |
| 32 | Riesgo Fiscal | Parcial | RIESGO FISCAL Y FINANCIERO (2000) | F1: Lograr un incremento del 20% en el valor EBITDA. F2: Implementar un sistema de costos y una gestión financiera integral... |
| 33 | Indicadores de los procesos | No Relacionada | N/A | PI3: Fortalecer el SGI, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos. |
| 34 | Sanciones a la ESE vigencia | No Relacionada | N/A | PI3: Fortalecer el SGI, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos. |
| 35 | Seguridad y privacidad de la información | Directa | PORCENTAJE DE ATAQUES INFORMATICOS QUE AFECTAN EL SISTEMA DE INFORMACION (972) | PI3: Fortalecer el SGI, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos. C2: Aumentar atención en servicios de alta complejidad y reducir tiempos de espera. |
| 36 | Norma NTC5854 accesibilidad web | No Relacionada | N/A | C1: Incrementar el índice de satisfacción del cliente en un 6%. |
| 37 | Norma NTC 6047 infraestructura | Parcial | SATISFACCION EN LA RESPUESTA A LAS SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA (29) | PI1: Fortalecer el desempeño de la gestión clínica y certificar los servicios de salud. C2: Aumentar atención en servicios de alta complejidad y reducir tiempos de espera. |
| 38 | Cultura organizacional | Parcial | RESULTADO NIVEL GENERAL DE SATISFACCION - ENCUESTA DE CLIMA Y CULTURA ORGANIZACIONAL (2129) | C1: Incrementar el índice de satisfacción del cliente en un 6%. CA1: Aumentar en un 20% la participación de los profesionales en programas de formación continua y diplomados. |

2.1.3. Temas objeto de seguimiento Vs Indicadores de Alemera

Se encontró que 5 temas objeto de seguimiento tienen indicador relacionado directamente, 8 temas no tienen ningún indicador relacionado y 25 tienen indicadores parcialmente relacionados.

Se recomienda revisar por parte de las direcciones encargadas y de la segunda línea de defensa, la oportunidad de hacer seguimiento y trazabilidad a los 8 temas que no tienen ningún indicador relacionado, y como se observa en este informe todos esos temas tienen relación directa con el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la entidad.

4 de los objetivos estratégicos no tienen indicadores directamente relacionados en Almera que le ayuden a la entidad a verificar su avance y a tomar acciones oportunas.

Análisis general

| Nº | Tema | Nombre exacto del indicador relacionado | Código del indicador | Nombre exacto del indicador relacionado parcialmente | Código del indicador relacionado parcialmente | No tiene indicador relacionado | Explicación |
|----|---|---|----------------------|--|---|--------------------------------|---|
| 1 | Entrenamiento en el puesto de trabajo | | | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DEL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN ¹ | 2143 ² | NO | El entrenamiento en el puesto es una actividad que se enmarca dentro del Plan Institucional de Capacitación ³ . |
| 2 | Capacitación personal de cocina | | | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DEL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN ⁴ | 2143 ⁵ | NO | La capacitación específica para cocina se mide a través del cumplimiento del Plan Institucional de Capacitación ⁶ . |
| 3 | Convenios docencia-servicio | | | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION ⁷ | 21 ⁸ | NO | Los convenios son el instrumento para la ejecución de las metas de docencia, cuya gestión es medida por este indicador ⁹ . |
| 4 | Acuerdos de gestión | | | CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO ¹⁰ | 11575 ¹¹ | NO | Los acuerdos de gestión son mecanismos de la alta dirección para asegurar el cumplimiento del plan estratégico principal (Plan de Desarrollo) ¹² . |
| 5 | Cobro de cartera vigencia | PORCENTAJE DE RECUPERACION DE CARTERA DE LA VIGENCIA ACTUAL ¹³ | 2034 ¹⁴ | | | NO | Mide directamente el resultado de la gestión de cobro para la cartera más reciente ¹⁵ . |
| 6 | Cartera mayor a 360 días | | | PORCENTAJE DE RECUPERACION DE CARTERA DE VIGENCIAS ANTERIORES ¹⁶ | 2033 ¹⁷ | NO | Mide la recuperación de la cartera que incluye la más antigua (más de 360 días), pero no está segmentada por tramos ¹⁸ . |
| 7 | Vinculación a jóvenes a la planta de personal. Cumplimiento del Decreto | | | ROTACION PERSONAL CONSOLIDADO INSTITUCIONAL ¹⁹ | 2047 ²⁰ | NO | Mide la dinámica general del personal, la cual incluye los procesos de vinculación o reemplazo ²¹ . |

| Nº | Tema | Nombre exacto del indicador relacionado | Código del indicador | Nombre exacto del indicador relacionado parcialmente | Código del indicador relacionado parcialmente | No tiene indicador relacionado | Explicación |
|----|--|---|----------------------|--|---|--------------------------------|---|
| | 2365 de 2019 | | | | | | |
| 8 | Resultados auditoría concurrente | | | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORA PUM ²² | 2126 ²³ | NO | Los hallazgos de auditoría generan Planes de Mejoramiento, cuyo cumplimiento es medido por este indicador ²⁴ . |
| 9 | Uso de la estampilla pro hospitales | | | | | SÍ | No existe un indicador que mida la trazabilidad o la ejecución de recursos por su fuente específica (estampilla) ²⁵ . |
| 10 | Centros de costos | | | RAZON DE LIQUIDEZ (RAZON CORRIENTE) CIFRAS EN MILES ²⁶ | 1948 ²⁷ | NO | Los centros de costos son una herramienta para calcular los indicadores financieros generales ²⁸ . |
| 11 | Supervisión de contratos (soportes) | | | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL PLAN DE AUDITORIAS INTERNAS ²⁹ | 2117 ³⁰ | NO | La supervisión contractual es objeto de auditoría, y el indicador mide el cumplimiento de dichas auditorías ³¹ . |
| 12 | Declaración de renta / conflicto intereses | | | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE GESTION DEL RIESGO ³² | 2122 ³³ | NO | El conflicto de intereses es un riesgo ético que debe gestionarse dentro del programa de gestión del riesgo ³⁴ . |
| 13 | Envío de información litigiosa | | | PROPORCION DE RESPUESTA OPORTUNA A LOS REQUERIMIENTOS JUDICIALES ³⁵ | 33 ³⁶ | NO | El envío de información es una actividad de apoyo crítica para garantizar la oportunidad en la respuesta judicial ³⁷ . |
| 14 | Reporte anual del informe establecido en la Circular externa 01 de 2024 SECOP II | | | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES ³⁸ | | NO | El reporte SECOP II es un informe de transparencia relacionado con la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones. |
| 15 | Acciones de repetición | PROPORCION DE PROCESOS JUDICIALES Y DE RECUPERACION | 35 ⁴⁰ | | | NO | Las acciones de repetición son parte de los procesos judiciales que la entidad gestiona ⁴¹ . |

| Nº | Tema | Nombre exacto del indicador relacionado | Código del indicador | Nombre exacto del indicador relacionado parcialmente | Código del indicador relacionado parcialmente | No tiene indicador relacionado | Explicación |
|----|--|---|----------------------|--|---|--------------------------------|--|
| | | DE CARTERA GESTIONADOS ³⁹ | | | | | |
| 16 | Entrega de cargos | | | | | SÍ | No existe un indicador que mida la efectividad, calidad u oportunidad del proceso administrativo de empalme o entrega de cargos ⁴² . |
| 17 | SARLAFT | | | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE GESTION DEL RIESGO ⁴³ | 2122 ⁴⁴ | NO | SARLAFT es un sistema de gestión de riesgos (lavado de activos) que es parte del programa de gestión del riesgo institucional ⁴⁵ . |
| 18 | Facturación electrónica | | | PORCENTAJE DE AUMENTO EN EL MONTO FACTURADO ACUMULADO AL PERIODO EVALUADO ⁴⁶ | 2018 ⁴⁷ | NO | La facturación electrónica impacta la eficiencia y volumen de la facturación, lo cual es medido por este indicador ⁴⁸ . |
| 19 | Nómina electrónica | | | MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIO DE PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACION DE SERVICIOS CIFRAS EN MILES ⁴⁹ | 1956 ⁵⁰ | NO | La nómina electrónica busca garantizar la oportunidad y evitar la acumulación de deuda salarial, lo cual es monitoreado por este indicador ⁵¹ . |
| 20 | Hospital Regional de Zipaquirá y unidad funcional equilibrio | | | RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO ⁵² | 2004 ⁵³ | NO | Este indicador mide el equilibrio presupuestal de la entidad, que incluye la gestión financiera de las unidades funcionales ⁵⁴ . |
| 21 | Manual de funciones | | | | | SÍ | No existe un indicador que mida la existencia, actualización o uso del manual de funciones ⁵⁵ . |
| 22 | Austeridad del gasto | | | UTILIDAD OPERACIONAL TOTAL INSTITUCIONAL ⁵⁶ | 2381 ⁵⁷ | NO | La austeridad en el gasto es una estrategia diseñada para impactar directamente la utilidad operacional ⁵⁸ . |

| Nº | Tema | Nombre exacto del indicador relacionado | Código del indicador | Nombre exacto del indicador relacionado parcialmente | Código del indicador relacionado parcialmente | No tiene indicador relacionado | Explicación |
|----|--|---|------------------------|--|---|--------------------------------|--|
| 23 | Meritocracia | | | | | Sí | No existe un indicador que mida la aplicación o el cumplimiento del principio de meritocracia en los procesos de selección ⁵⁹ . |
| 24 | FURAG – MIPG | | | MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - EVALUACION DE ACREDITACION POR EL ENTE EVALUADOR ⁶⁰ | 2116 ⁶¹ | NO | Tanto el MIPG/FURAG como la Acreditación son modelos de gestión que se miden en el cumplimiento de los estándares y la calidad ⁶² . |
| 25 | Comité MIPG | | | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE COMITES INSTITUCIONALES CON NIVEL DE CALIFICACION ALTO ⁶³ | 2105 ⁶⁴ | NO | Mide la efectividad de los comités, de los cuales el Comité MIPG es el más importante ⁶⁵ . |
| 26 | Inventarios, propiedades planta equipo | | | MARGEN PERIODO DE REPOSICION DE INVENTARIOS (ROTACION DE INVENTARIOS) ⁶⁶ | 1987 ⁶⁷ | NO | La gestión de inventarios y activos se relaciona con el control y la rotación de los mismos ⁶⁸ . |
| 27 | Insumos, medicamentos y faltantes MMQ | PORCENTAJE DE DISCREPANCIAS NO JUSTIFICADAS ⁶⁹ | HRZ11607 ⁷⁰ | | | NO | Un faltante es, por definición, una discrepancia de inventario; el indicador mide estas discrepancias directamente ⁷¹ . |
| 28 | Seguridad y Salud en el Trabajo | | | INDICE DE FRECUENCIA POR ACCIDENTALIDAD GLOBAL (PLANTA Y ALIADOS) ⁷² | 2183 ⁷³ | NO | El cumplimiento del SG-SST busca reducir la accidentalidad, lo cual es medido por este indicador ⁷⁴ . |
| 29 | Plan anual de vacantes | | | TOTAL PERSONAL DE PLANTA ADMINISTRATIVO ⁷⁵ | 2019 ⁷⁶ | NO | El plan de vacantes está directamente relacionado con la provisión y el número de cargos de planta ⁷⁷ . |
| 30 | Alertas de corrupción | | | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE GESTION DEL RIESGO ⁷⁸ | 2122 ⁷⁹ | NO | Las alertas son una señal de riesgo que debe gestionarse dentro del programa de gestión del riesgo ⁸⁰ . |

| Nº | Tema | Nombre exacto del indicador relacionado | Código del indicador | Nombre exacto del indicador relacionado parcialmente | Código del indicador relacionado parcialmente | No tiene indicador relacionado | Explicación |
|----|--|--|----------------------|--|---|--------------------------------|--|
| 31 | Cumplimiento a Planes y programas | CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO ⁸¹ | 11575 ⁸² | | | NO | Mide el cumplimiento del plan estratégico principal, que engloba a todos los demás planes y programas ⁸³ . |
| 32 | Riesgo Fiscal | | | RIESGO FISCAL Y FINANCIERO ⁸⁴ | 2000 ⁸⁵ | NO | Mide la existencia o nivel del riesgo fiscal, aunque es una medida genérica ⁸⁶ . |
| 33 | Indicadores de los procesos | | | | | SÍ | No hay un indicador meta que mida la existencia o calidad de los propios indicadores del hospital ⁸⁷ . |
| 34 | Sanciones a la ESE vigencia | | | | | SÍ | No existe un indicador que mida el número, tipo o valor de las sanciones impuestas a la ESE ⁸⁸ . |
| 35 | Seguridad y privacidad de la información | PORCENTAJE DE ATAQUES INFORMATICOS QUE AFECTAN EL SISTEMA DE INFORMACION ⁸⁹ | 972 ⁹⁰ | | | NO | Mide directamente el fallo del sistema de seguridad de la información ⁹¹ . |
| 36 | Norma NTC5854 accesibilidad web | | | | | SÍ | No existe un indicador que mida el cumplimiento de esta norma técnica específica de accesibilidad web ⁹² . |
| 37 | Norma NTC 6047 infraestructura | | | SATISFACCION EN LA RESPUESTA A LAS SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA ⁹³ | 29 ⁹⁴ | NO | La satisfacción con la infraestructura es una medida indirecta del estado y la gestión de la infraestructura ⁹⁵ . |
| 38 | Cultura organizacional | | | RESULTADO NIVEL GENERAL DE SATISFACCION - ENCUESTA DE CLIMA Y CULTURA ORGANIZACIONAL ⁹⁶ | 2129 ⁹⁷ | NO | Mide el resultado del clima y la cultura organizacional, elementos inherentes al tema ⁹⁸ . |

2.1.4. 5 temas con indicadores directamente relacionados

| Nº | Tema | Nombre exacto del indicador relacionado | Código del indicador |
|----|--|--|----------------------|
| 5 | Cobro de cartera vigencia | PORCENTAJE DE RECUPERACIÓN DE CARTERA DE LA VIGENCIA ACTUAL | 2034 |
| 15 | Acciones de repetición | PROPORCIÓN DE PROCESOS JUDICIALES Y DE RECUPERACIÓN DE CARTERA GESTIONADOS | 35 |
| 27 | Insumos, medicamentos y MMQ faltantes | PORCENTAJE DE DISCREPANCIAS NO JUSTIFICADAS | HRZ11607 |
| 31 | Cumplimiento a Planes y programas | CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO | 11575 |
| 35 | Seguridad y privacidad de la información | PORCENTAJE DE ATAQUES INFORMÁTICOS QUE AFECTAN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN | 972 |

2.1.5. 8 Indicadores sin Ningún Indicador Relacionado

| Nº | Tema | Explicación | Análisis y Beneficios (MECI y MIPG) |
|----|--|---|---|
| 9 | Uso de la estampilla pro hospitales | No existe un indicador que rastree la ejecución o uso de recursos por su fuente específica de origen (la estampilla). | Beneficio: Garantiza la Transparencia y la adecuada destinación de los recursos públicos con fines específicos. MIPG: Cumplimiento de la dimensión de Gestión Financiera y Transparencia . MECI: Elemento clave de Control Financiero y cumplimiento normativo. |
| 16 | Entrega de cargos | No existe un indicador que mida la efectividad, calidad u oportunidad del proceso administrativo de empalme o entrega de cargos. | Beneficio: Asegura la Continuidad Operacional y previene la pérdida de información o el riesgo de errores en la transición. MIPG: Aporta a la dimensión de Gestión del Talento Humano (procesos de inducción/desvinculación). MECI: Fortalece el componente de Ambiente de Control e Información y Comunicación . |
| 21 | Manual de funciones | No existe un indicador que mida la existencia, actualización o uso del manual de funciones (documento fundamental de gestión). | Beneficio: Garantiza la claridad de roles y responsabilidades , lo que facilita la evaluación del desempeño y la rendición de cuentas. MIPG: Es la base para la Gestión del Talento Humano y el Direccionamiento Estratégico . MECI: Es fundamental para establecer la Estructura de Control y la asignación de responsabilidades. |
| 23 | Meritocracia | No existe un indicador que mida la aplicación o el cumplimiento del principio de meritocracia en los procesos de selección de personal. | Beneficio: Asegura la Legalidad y la Equidad en el ingreso y ascenso del personal, combatiendo la corrupción y promoviendo la Ética . MIPG: Pilar de la dimensión de Gestión del Talento Humano y Ética Pública . MECI: Refuerza el Ambiente de Control y el cumplimiento de los Principios de la Función Pública . |
| 26 | Inventarios, propiedades planta equipo | No existe un indicador que mida la calidad, exactitud o gestión del inventario físico de activos y propiedades. | Beneficio: Permite la Protección y el Control de los Activos Físicos (ej. equipos biomédicos), mitigando el riesgo de hurto, deterioro y garantizando la disponibilidad para el servicio. MIPG: Esencial para la Gestión de Recursos Logísticos y Físicos . MECI: Componente directo de Actividades de Control para la salvaguarda |

| Nº | Tema | Explicación | Análisis y Beneficios (MECI y MIPG) |
|----|---------------------------------|--|---|
| | | | de activos. |
| 33 | Indicadores de los procesos | No hay un indicador meta que mida la existencia o calidad de los propios indicadores del hospital. | Beneficio: Mide la calidad de la gestión gerencial al definir y monitorear el desempeño. MIPG: Fundamental en la dimensión de Evaluación del Desempeño , ya que mide si la entidad cuenta con las herramientas para autoevaluarse. MECI: Aporta al componente de Monitoreo y Evaluación . |
| 34 | Sanciones a la ESE vigencia | No existe un indicador que mida el número, tipo o valor de las sanciones impuestas a la ESE. | Beneficio: Sirve como indicador de riesgo final (indicador rezagado) sobre fallas en el cumplimiento normativo, legal o de calidad. MIPG: Información clave para la Gestión del Riesgo y la planeación de acciones correctivas. MECI: Aporta a la Identificación y Evaluación de Riesgos asociados a incumplimientos. |
| 36 | Norma NTC5854 accesibilidad web | No existe un indicador específico para medir el cumplimiento de esta norma técnica de accesibilidad web. | Beneficio: Garantiza el Derecho al Acceso a la Información de todos los ciudadanos, incluyendo personas con discapacidad, en cumplimiento de la normativa. MIPG: Relacionado con la dimensión de Transparencia y Acceso a la Información . MECI: Cumplimiento de Control de Procesos para garantizar el servicio público. |

El análisis final arroja 25 temas con un indicador parcialmente relacionado. Esta clasificación se basa en que el indicador disponible mide un concepto general, una consecuencia del tema o un proceso de soporte, pero no el tema de manera específica.

Aquí está la tabla con los 25 temas parcialmente relacionados:

| Nº | Tema | Nombre exacto del indicador relacionado parcialmente | Código del indicador relacionado parcialmente | Explicación de por qué el indicador es parcial |
|----|---------------------------------------|---|---|---|
| 1 | Entrenamiento en el puesto de trabajo | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DEL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN | 2143 | El entrenamiento en el puesto es una actividad específica que se enmarca dentro del programa general de capacitación. |
| 2 | Capacitación personal de cocina | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DEL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN | 2143 | La capacitación específica es un segmento del programa anual de capacitación general. |
| 3 | Convenios docencia-servicio | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION | 21 | El indicador mide la gestión del plan de docencia, del cual los convenios son el instrumento marco para su ejecución. |
| 4 | Acuerdos de gestión | CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO | 11575 | Los acuerdos son herramientas gerenciales para impulsar y medir el cumplimiento del plan estratégico principal. |
| 6 | Cartera mayor a 360 días | PORCENTAJE DE RECUPERACION DE CARTERA DE VIGENCIAS ANTERIORES | 2033 | Mide la recuperación de toda la cartera antigua, lo cual incluye el |

| Nº | Tema | Nombre exacto del indicador relacionado parcialmente | Código del indicador relacionado parcialmente | Explicación de por qué el indicador es parcial |
|----|--|--|---|--|
| | | | | segmento de \$>360\$ días, pero no es específico para esta antigüedad. |
| 7 | Vinculación a jóvenes a la planta de personal. Cumplimiento del Decreto 2365 de 2019 | ROTACION PERSONAL CONSOLIDADO INSTITUCIONAL | 2047 | Mide la dinámica de personal general (entradas y salidas), la cual se ve afectada por los procesos de vinculación específicos. |
| 8 | Resultados auditoría concurrente | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORA PUM | 2126 | Los resultados de auditoría son la fuente de los Planes de Mejoramiento, cuyo cumplimiento es lo que se mide en el indicador. |
| 10 | Centros de costos | RAZON DE LIQUIDEZ (RAZON CORRIENTE) CIFRAS EN MILES | 1948 | Los centros de costos son una herramienta contable interna utilizada para el cálculo de los indicadores financieros. |
| 11 | Supervisión de contratos (soportes) | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL PLAN DE AUDITORIAS INTERNAS | 2117 | La supervisión contractual es una gestión sujeta a auditoría, y el indicador mide la ejecución del plan de auditorías internas. |
| 12 | Declaración de renta / conflicto intereses | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE GESTION DEL RIESGO | 2122 | La gestión del conflicto de intereses es una forma de riesgo ético y legal cubierta dentro del programa general de gestión del riesgo. |
| 13 | Envío de información litigiosa | PROPORCION DE RESPUESTA OPORTUNA A LOS REQUERIMIENTOS JUDICIALES | 33 | El envío de información es la actividad de soporte crítica para asegurar la oportunidad en la respuesta judicial. |
| 14 | Reporte anual del informe establecido en la Circular externa 01 de 2024 SECOP II | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES | | El reporte SECOP II es un informe de transparencia sobre la contratación, el cual está relacionado con la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones. |
| 17 | SARLAFT | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE GESTION DEL RIESGO | 2122 | SARLAFT es un sistema de gestión de riesgos (Lavado de Activos) que se incluye en el marco general de la gestión del riesgo de la entidad. |
| 18 | Facturación electrónica | PORCENTAJE DE AUMENTO EN EL MONTO FACTURADO ACUMULADO AL PERIODO EVALUADO | 2018 | La facturación electrónica impacta la eficiencia y volumen de la facturación medida por este indicador. |

| Nº | Tema | Nombre exacto del indicador relacionado parcialmente | Código del indicador relacionado parcialmente | Explicación de por qué el indicador es parcial |
|----|--|--|---|--|
| 19 | Nómina electrónica | MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIO DE PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACION DE SERVICIOS CIFRAS EN MILES | 1956 | La nómina electrónica es una herramienta que impacta en la oportunidad de pago y busca evitar la acumulación de deuda salarial, monitoreada por este indicador. |
| 20 | Hospital Regional de Zipaquirá y unidad funcional – equilibrio** | RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO | 2004 | El indicador mide el equilibrio presupuestal general, que depende en parte de la gestión financiera de sus unidades funcionales. |
| 21 | Manual de funciones | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DEL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN | 2143 | El manual de funciones define los roles y competencias, que son la base para el desarrollo del plan de capacitación. |
| 22 | Austeridad del gasto | UTILIDAD OPERACIONAL TOTAL INSTITUCIONAL | 2381 | La austeridad es una estrategia de gestión que tiene como objetivo principal mejorar la utilidad operacional. |
| 24 | FURAG – MIPG | MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - EVALUACION DE ACREDITACION POR EL ENTE EVALUADOR | 2116 | El MIPG/FURAG son modelos de gestión que buscan la excelencia y el cumplimiento de estándares, lo cual es coherente con el resultado de la evaluación de Acreditación. |
| 25 | Comité MIPG | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE COMITES INSTITUCIONALES CON NIVEL DE CALIFICACION ALTO | 2105 | Mide la efectividad de los comités en general, de los cuales el Comité MIPG es un actor clave. |
| 26 | Inventarios, propiedades planta equipo | MARGEN PERIODO DE REPOSICION DE INVENTARIOS (ROTACION DE INVENTARIOS) | 1987 | El indicador mide el flujo y manejo del inventario, lo cual es un componente esencial de la gestión de activos y propiedades. |
| 28 | Seguridad y Salud en el Trabajo** | INDICE DE FRECUENCIA POR ACCIDENTALIDAD GLOBAL (PLANTA Y ALIADOS) | 2183 | El objetivo principal del SG-SST es reducir la accidentalidad, lo cual es medido por este índice. |
| 32 | Riesgo Fiscal | RIESGO FISCAL Y FINANCIERO | 2000 | Mide la existencia o nivel de riesgo fiscal y financiero, siendo una métrica general de alerta sobre el tema. |
| 37 | Norma NTC 6047 infraestructura | SATISFACCION EN LA RESPUESTA A LAS SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA | 29 | La satisfacción con el mantenimiento de la infraestructura es una medida indirecta del cumplimiento y gestión de los estándares físicos |

| Nº | Tema | Nombre exacto del indicador relacionado parcialmente | Código del indicador relacionado parcialmente | Explicación de por qué el indicador es parcial |
|----|------------------------|--|---|---|
| | | | | (NTC 6047). |
| 38 | Cultura organizacional | RESULTADO NIVEL GENERAL DE SATISFACCION - ENCUESTA DE CLIMA Y CULTURA ORGANIZACIONAL | 2129 | La cultura organizacional influye directamente en el clima laboral, cuya percepción es medida por este indicador. |

2.1.6. Análisis de los indicadores del hospital vs los objetivos estratégicos

Aunque la mayoría de los objetivos están cubiertos por métricas directas (como el EBITDA o la Satisfacción), algunos elementos específicos o de proceso dentro de los objetivos quedarían parcialmente medidos o sin medición explícita.

A continuación, se detalla qué aspectos de los objetivos están sin una métrica clara en su listado:

2.1.7. Objetivos Sin Medición Explícita o Medidos Parcialmente (4 Objetivos)

De los ocho objetivos estratégicos, cuatro contienen componentes que no son medidos de forma directa por los indicadores de su reporte, lo que representa una brecha de medición.

| Perspectiva y Objetivo | Brecha o Componente Sin Medición Explícita | Indicador que Faltaría |
|---|---|---|
| CLIENTE – HUS Te Cuida (Objetivo 1 de 2): Incrementar el índice de satisfacción... mediante la implementación de un programa de atención centrado en la persona y una nueva escala de calificación de la experiencia del paciente. | Programa de Atención Centrado en la Persona y Escala de Experiencia: La métrica de satisfacción global (66 / 1656) mide el <i>resultado</i> , pero no mide el <i>uso</i> o <i>efectividad</i> de la nueva escala o la adopción de la metodología de atención centrada en la persona. | Indicador de Adherencia al Modelo de Atención Centrado en la Persona o de Cumplimiento del Cronograma de Implementación de la Escala de Experiencia . |
| FINANCIERO – HUS Optimiza: Lograr un incremento del 20% en el valor EBITDA... mediante la implementación de un sistema de costos y una gestión financiera integral, la automatización de procesos de facturación y cobro... | Sistema de Costos y Automatización de Procesos (Medición de Eficiencia de Herramientas): El indicador EBITDA (1985) mide el <i>resultado financiero</i> final. Sin embargo, no hay indicadores que midan la <i>oportunidad</i> , la <i>exactitud</i> o la <i>adopción</i> del nuevo sistema de costos o el grado de automatización en facturación y cobro. | Indicador de Cumplimiento del Cronograma de Implementación del Sistema de Costos o Porcentaje de Procesos de Facturación Automatizados . |
| PROCESOS INTERNOS – HUS Productiva (Objetivo 1 de 3): Fortalecer el desempeño de la gestión clínica... con énfasis en la atención a grupos vulnerables, a través de la certificación de los servicios... | Énfasis en la Atención a Grupos Vulnerables: Los indicadores miden la gestión clínica general (eventos adversos, complicaciones), pero no hay indicadores específicos que midan la calidad, oportunidad o resultados diferenciados para grupos vulnerables (ej. minorías étnicas, personas con discapacidad, población rural). | Indicador de Oportunidad de Atención Diferencial a Grupos Vulnerables o Tasa de Eventos Adversos en Población Vulnerable . |
| CRECIMIENTO APRENDIZAJE – HUS | Efectividad del Plan de Incentivos y Asignación de | Indicador de Satisfacción con el |

| Perspectiva y Objetivo | Brecha o Componente Sin Medición Explícita | Indicador que Faltaría |
|---|---|--|
| Transforma: Aumentar en un 20% la participación de los profesionales... a través de un plan de incentivos y asignación de tiempos específicos... | Tiempos: El objetivo general de aumentar la participación en formación (2143) está cubierto. No obstante, no hay métricas para evaluar si el plan de incentivos realmente funciona (ej. satisfacción con incentivos) o si los tiempos asignados se cumplen administrativamente. | Programa de Incentivos y Desarrollo Profesional o de Cumplimiento de Asignación de Tiempos de Formación en Horario Laboral . |

2.1.8. Objetivos Medidos Directamente (4 Objetivos)

Los siguientes objetivos tienen un indicador que mide su resultado final de manera directa:

| Perspectiva y Objetivo | Indicador que Mide Directamente el Resultado | Código |
|---|--|------------------|
| CLIENTE – HUS Te Cuida (Objetivo 1 de 2): Incrementar el índice de satisfacción del cliente en un 6% . | PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN GLOBAL SEDE PRINCIPAL BOGOTÁ / PROPORCION DE SATISFACCION GLOBAL DE LOS USUARIOS (RESOLUCION 256 DE 2016) | 66 / 1656 |
| FINANCIERO – HUS Optimiza: Lograr un incremento del 20% en el valor EBITDA. | EBITDA (UTILIDAD OPERATIVA ANTES DE RESTAR LAS PROVISIONES...) | 1985 |
| PROCESOS INTERNOS – HUS Productiva (Objetivo 2 de 3): Incrementar la generación de conocimiento a través de la participación del 10% de publicaciones indexadas... | PORCENTAJE DE GENERACION DE NUEVO CONOCIMIENTO | 2095 |
| PROCESOS INTERNOS – HUS Productiva (Objetivo 3 de 3): Fortalecer el Sistema de Gestión Integrado... logrando un aumento igual o superior a 3,7 en la calificación externa del SUA . | MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - EVALUACION DE ACREDITACION POR EL ENTE EVALUADOR (Relevancia a la certificación y SUA) | 2116 |

2.2. Riesgos

Cruce Temas vs Riesgos Directos de la Matriz – Hospital Universitario de la Samaritana

| Tema | Riesgos asociados | Código |
|--|---|---------------------|
| 1. Entrenamiento en el puesto de trabajo | Fallas por no adherencia a procedimientos / errores operacionales | GSA22020 / GC24085 |
| 2. Capacitación personal de cocina | Fallas en adherencia a procesos y protocolos de servicios complementarios | GSC22055 / GSC22057 |
| 3. Convenios docencia–servicio | No adherencia a protocolos / impacto en seguridad del paciente | GC24085 / PH22064 |
| 4. Acuerdos de gestión | Incumplimiento de indicadores / mala gestión de procesos | GC23068 |
| 5. Cobro de cartera vigencia | No recuperación de cartera / riesgo de liquidez | GF24080 |
| 6. Cartera mayor a 360 días | Riesgo de liquidez por no recaudo | GF24080 |
| 7. Vinculación de jóvenes – Decreto 2365 de 2019 | Riesgo de incumplimiento normativo de talento humano | TH22040 / TH22041 |

| | | |
|---|--|---|
| 8. Resultados auditoría concurrente | Incumplimientos operacionales detectados – riesgo reputacional | GC23068 / GC24085 |
| 9. Uso de la estampilla pro hospitales | Riesgo fiscal por uso inadecuado de recursos públicos | IH24079 / GF22003 |
| 10. Centros de costos | Errores en la facturación y parametrización | GF24074 / GF22004 |
| 11. Supervisión de contratos | Debilidades en supervisión / corrupción / sobrecostos | GSC24070 / TH22040 / IH24079 |
| 12. Declaración de renta / conflicto de intereses | SICOF – corrupción / opacidad / fraude | GF22003 / GF22004 / TH22039 / GSC24070 |
| 13. Envío de información litigiosa | Riesgo legal por entrega tardía o incorrecta | AUF22044 / GIS22018 |
| 14. Reporte Circular 01 SECOP II | Incumplimiento normativo / sanciones | GC23068 / TH22040 / IH24079 |
| 15. Acciones de repetición | Riesgo fiscal por no adelantar procesos de recuperación | IH24079 |
| 16. Entrega de cargos | Pérdida de información / accesos indebidos | GIS22018 |
| 17. SARLAFT | Corrupción, fraude, lavado de activos | GF22003 / GSC24070 / TH22039 |
| 18. Facturación electrónica | Inconsistencias en facturación / pérdidas económicas | GF24074 / GF22043 / GF24080 |
| 19. Nómina electrónica | Errores en liquidación o reporte de nómina | TH22039 |
| 20. Hospital Regional Zipaquirá – equilibrio | Riesgo de liquidez / riesgo fiscal | GF24080 / IH24079 |
| 21. Manual de funciones | Perfiles desactualizados – opacidad | TH22041 |
| 22. Austeridad del gasto | Riesgo fiscal y financiero | IH24079 / GF24080 |
| 23. Meritocracia | Riesgos de opacidad, nepotismo, corrupción | TH22041 / TH22040 |
| 24. FURAG – MIPG | Incumplimiento de requisitos del sistema de gestión | GC23068 |
| 25. Comité MIPG | Fallas en seguimiento a procesos estratégicos | GC23068 / GC24085 |
| 26. Inventarios, PPE | Falla en inventarios y recepción técnica | GSC22057 |
| 27. Insumos, medicamentos y MMQ faltantes | Desabastecimiento por fallas en supervisión | GSC22055 |
| 28. Seguridad y Salud en el Trabajo | Riesgos de salud ocupacional / accidentes | N/A (riesgos SST no codificados individualmente) |
| 29. Plan anual de vacantes | Incumplimiento normas de talento humano | TH22040 / TH22041 |
| 30. Alertas de corrupción | Riesgos SICOF | GF22003 / GF22004 / TH22039 / GSC24070 / GIS22018 |
| 31. Cumplimiento a planes y programas | Incumplimiento de indicadores y PM | GC23068 / GC24085 |
| 32. Riesgo Fiscal | Uso inadecuado de recursos públicos | IH24079 |
| 33. Indicadores de los procesos | Incumplimiento de metas / sanciones | GC23068 |
| 34. Sanciones a la ESE | Riesgos reputacionales o normativos | AUF22044 / GC23068 / IH24079 |

| | | |
|--|--|-------------------|
| 35. Seguridad y privacidad de la información | Acceso indebido / filtración | GIS22018 |
| 36. Norma NTC 5854 accesibilidad web | Incumplimiento normativo / reputacional | GC23068 |
| 37. Norma NTC 6047 infraestructura | Deficiencias de infraestructura | GC24086 |
| 38. Cultura organizacional | Riesgos transversales por no adherencia a procesos | GC24085 / TH22040 |

2.2.1. Análisis de los objetivos estratégicos vs la matriz de riesgos institucional

Tabla: Objetivos Estratégicos / Legado – Qué cubre y qué no

| Objetivo Estratégico / Legado | Qué CUBRE la Matriz de Riesgos | Qué NO CUBRE la Matriz de Riesgos (y por qué) |
|---|---|---|
| SOCIAL – HUS Sostenibilidad: “Fortalecer la responsabilidad social ... implementación de 10 proyectos relacionados con eficiencia energética, optimización de recursos hídricos, salud preventiva, educación, convenios de cooperación ... con 80 % de satisfacción en impacto social/comunitario” | ✓ Riesgos financieros y fiscales — la matriz contempla riesgos de liquidez, ejecución presupuestal, uso de recursos públicos, fiscalización. | ✗ Riesgos de impacto social y comunitario: la matriz no incluye riesgos de satisfacción social, impacto ambiental, ejecución de proyectos sociales, percepción comunitaria, ni evaluación de impacto social. Por tanto no aborda el riesgo de no alcanzar ese 80 % de satisfacción social. |
| CLIENTE – HUS Te Cuida: “Incrementar índice de satisfacción del cliente en 6% ... programa de atención centrado en la persona y nueva escala calificación experiencia del paciente” | ✓ Riesgos asistenciales y de prestación del servicio — la matriz incluye riesgos generales de calidad asistencial, gestión clínica, errores asistenciales, riesgos normativos, continuidad del servicio. | ✗ Riesgo de experiencia del paciente / satisfacción / humanización: no hay un riesgo específico en la matriz sobre percepción del usuario, tiempos de espera, atención centrada en la persona, calidad percibida, lo que impide controlar riesgo de no cumplir la meta de satisfacción. |
| CLIENTE – HUS Te Cuida (segundo objetivo): “Aumentar en un 20% el número de pacientes atendidos en servicios de alta complejidad ... ampliar cobertura ... reducir tiempos de espera, sin comprometer calidad” | ✓ Riesgos operativos, de infraestructura, de capacidad de prestación — la matriz contempla riesgos que podrían afectar la operación clínica, continuidad del servicio, asignación de recursos, gestión de contratos, facturación, cartera, entre otros. | ✗ Riesgos de sobrecarga asistencial, saturación, calidad percibida en alta complejidad, tiempos de espera, atención centrada — no hay riesgos explícitos sobre gestión de demanda, procesos de admisión/egreso, capacidad resolutoria, expansión de cobertura, ni riesgos de insatisfacción por tiempos de espera o saturación. |
| FINANCIERO – HUS Optimiza: “Incrementar 20% EBITDA ... mediante sistema de costos, gestión financiera integral, automatización de facturación y cobro ... sostenibilidad financiera y eficiencia administrativa” | ✓ Cobertura robusta: la matriz incluye riesgos de liquidez, de cartera, de facturación, de control fiscal, de gestión financiera, de supervisión de contratos, de parametrización de centros de costos. | ✗ Riesgo de falla en implementación del sistema de costos como metodológico o estratégico: la matriz no contempla riesgos estratégicos de diseño, adopción o desempeño del sistema de costos, ni riesgos de sostenibilidad financiera a largo plazo más allá de cartera/facturación. |
| PROCESOS INTERNOS – HUS Productiva: 1. “Certificación de servicios de salud en habilitación y demás certificaciones ... rutas integrales de atención” | ✓ Riesgos normativos, de cumplimiento regulatorio, de gestión de calidad asistencial — la matriz contempla riesgos jurídicos, de regulaciones, supervisión de contratos, cumplimiento normativo, lo que puede afectar habilitación y calidad normativa. | ✗ Riesgo de no certificación: la matriz no tiene riesgos explícitos sobre la obtención y mantenimiento de certificaciones, habilitación, estándares de calidad, ni sobre procesos de acreditación o evaluación externa. No se evalúa riesgo de rechazo de habilitación, incumplimiento de estándares técnicos, auditorías de calidad. |
| PROCESOS Internos – HUS Productiva: 2. “Incrementar generación de conocimiento e innovación ... 10% de publicaciones científicas indexadas, convenios docencia-servicio, | ✓ Riesgos generales de gobernanza institucional, contratos, supervisión contractual — la matriz incluye riesgos de contratos, convenios, control de recursos; | ✗ Riesgo científico / académico: la matriz no contempla riesgos de investigación, innovación, producción científica, cumplimiento de metas académicas, publicación, indexación, reconocimiento de grupos de investigación — |

| Objetivo Estratégico / Legado | Qué CUBRE la Matriz de Riesgos | Qué NO CUBRE la Matriz de Riesgos (y por qué) |
|--|---|--|
| mejorar calificación grupos investigación (MinCiencias) para 2028" | en teoría podrían cubrir riesgos administrativos vinculados a convenios docencia-servicio. | no hay mención de ese tipo de riesgo. |
| PROCESOS Internos – HUS Productiva: 3. "Fortalecer el Sistema de Gestión Integrado ... asegurando requisitos normativos ... calificación externa del SUA $\geq 3,7$ " | ✓ Riesgos normativos, de cumplimiento regulatorio, de gestión institucional — la matriz sí aborda riesgos de cumplimiento normativo, legales, operativos, de supervisión y control interno que podrían impactar el sistema de gestión. | ✗ Riesgo de no cumplir estándares externos de calidad o del SUA como asunto puntual: la matriz no tiene riesgos específicos sobre auditorías externas, evaluación externa, indicadores de calidad externa; es decir, no está diseñada para capturar riesgos de calificación externa. |
| CRECIMIENTO Y APRENDIZAJE – HUS Transforma: "Aumentar 20% la participación del personal en formación continua y diplomados ... mediante incentivos y asignación de tiempo laboral" | ✓ Riesgos de talento humano genéricos: la matriz contempla riesgos de gestión de personal, normativos y administrativos sobre recurso humano, nómina, vinculación, conflictos de interés, cumplimiento normativo de contratación, lo cual puede afectar la gestión del talento. | ✗ Riesgos de formación, retención, capacitación, desarrollo profesional, motivación, cumplimiento de metas de formación: no hay riesgos explícitos que midan la posibilidad de fallas en formación continua, abandono de diplomados, falta de incentivos, lo que impide controlar ese objetivo. |
| LEGADO: "Ser referente en el país de la ruta integral de atención en salud materno-perinatal, riesgo cardiovascular y accidente cerebrovascular con un modelo de medicina basada en valor, a través de rentabilidad social y financiera." | ✓ Riesgos operativos y asistenciales generales: la matriz contempla riesgos de calidad asistencial, continuidad del servicio, supervisión, normatividad, lo que cubre parcialmente los riesgos básicos de prestación de servicios de salud. | ✗ Riesgos de especialidad, rutas críticas, desbordes clínicos, resultados en salud, mortalidad, seguimiento longitudinal, modelo de medicina basada en valor, riesgo clínico especializado (materno-perinatal, cardiovascular, ACV), resultado en salud poblacional — la matriz no aborda riesgos clínicos especializados, resultados en salud, suficiencia de recursos humanos especializados, calidad diferenciada o seg |

Interpretación general

- La matriz está orientada a riesgos administrativos, financieros, legales, de control interno y operativo generales.
- Esto permite que parte de los objetivos especialmente los de carácter financiero, administrativo o institucional tengan al menos cobertura parcial.
- Pero los objetivos estratégicos vinculados con impacto social, calidad de atención, experiencia de paciente, formación de talento humano, investigación, innovación, especialidades críticas y modelo de atención de alto nivel y el Legado institucional de rutas de salud quedan casi totalmente sin cobertura de riesgo.
- En consecuencia, confiar en la matriz actual como única herramienta de gestión de riesgo no garantiza que HUS evalúe, controle y mitigue los riesgos que realmente podrían impedir alcanzar esos objetivos estratégicos y su Legado.

Recomendación: La matriz de riesgos institucional es útil como base operativa y administrativa, pero no es suficiente como herramienta para garantizar el cumplimiento de los objetivos estratégicos — sobre todo los de mediano y largo plazo.

Los objetivos estratégicos vinculados con impacto social, calidad de atención, experiencia de paciente, formación de talento humano, investigación, innovación, especialidades críticas y modelo de atención de alto nivel y el Legado institucional de rutas de salud quedan casi totalmente sin cobertura de riesgo.

Para asegurar una gestión integral del riesgo alineada con la estrategia 2025–2028 del HUS, es necesario:

- Ampliar la matriz para incluir riesgos estratégicos, misionales, asistenciales, académicos, de resultados en salud, de satisfacción usuaria, de innovación, de formación, entre otros.
- Crear una Matriz Estratégica de Riesgos paralela a la operativa, con riesgos + indicadores + controles + responsables + horizonte de monitoreo.

3. Evaluación de respuestas entregadas del informe preliminar

Se realizó el cierre de la Auditoría de plan de seguimientos a procesos institucionales y riesgos asociados, mediante el envío de correo electrónico y oficio con consecutivo CI2025500001868, fechado el 24 de diciembre de 2025. En dicho comunicado se compartió el contenido del informe preliminar de la auditoría mencionada, así como la invitación a la reunión remota programada para el miércoles 31 de diciembre de 2025, a través del siguiente enlace: <https://meet.google.com/tqa-rzmu-itb>. A la fecha de elaboración del presente informe no se recibió respuesta, observación o pronunciamiento por parte de ninguna dirección o dependencia. En consecuencia, el informe definitivo se emite manteniendo vigentes las recomendaciones formuladas en el informe preliminar.

4. Recomendaciones

| No. | Descripción de la recomendación |
|-----|---|
| | <i>Temas sin indicadores asociados</i> |
| 1 | <p>Condición: Se identificaron 8 temas críticos sin indicadores relacionados en la plataforma Almera, pese a que todos tienen incidencia directa en el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la entidad.</p> <p>Criterio: El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), la Ley 87 de 1993 y el Decreto 1499 de 2017 establecen que la gestión institucional debe estar soportada en indicadores que permitan medir el cumplimiento de objetivos estratégicos y garantizar trazabilidad.</p> <p>Causa: Falta de articulación entre las direcciones responsables y la segunda línea de defensa para definir y registrar indicadores específicos que permitan seguimiento y control.</p> <p>Efecto: Riesgo de incumplimiento normativo y pérdida de capacidad para evaluar el impacto de dichos temas en la sostenibilidad financiera, la calidad del servicio y la gestión institucional, afectando la toma de decisiones oportunas.</p> <p>Recomendación: definir, formalizar y registrar indicadores de seguimiento para dichos temas, en articulación entre las direcciones responsables y la segunda línea de defensa, con el fin de permitir la medición, monitoreo y trazabilidad de su gestión.</p> |
| | <i>Objetivos estratégicos sin indicadores en Almera</i> |
| 2 | <p>Condición: Se evidenció que 4 objetivos estratégicos no cuentan con indicadores registrados en Almera que permitan verificar su avance ni generar alertas tempranas.</p> <p>Criterio: El MIPG y el Decreto 1499 de 2017 exigen que los objetivos estratégicos estén acompañados de indicadores verificables para medir su cumplimiento y orientar acciones de mejora.</p> <p>Causa: Deficiencia en la planeación estratégica y ausencia de mecanismos de control que aseguren la integración de indicadores en la plataforma institucional.</p> |

| No. | Descripción de la recomendación |
|-----|--|
| | <p>Efecto: Riesgo de retraso en la implementación de estrategias, dificultad para demostrar resultados ante entes de control y pérdida de oportunidad para realizar ajustes correctivos que garanticen el cumplimiento de metas al 2028.</p> <p>Recomendación: definir, registrar y activar indicadores de seguimiento para los objetivos estratégicos identificados, asegurando su integración en la plataforma Almera, con el fin de facilitar el monitoreo del avance, la generación de alertas tempranas y la toma de decisiones oportunas orientadas al cumplimiento de las metas institucionales.</p> |
| 3 | <p>Limitaciones de la matriz de riesgos institucional</p> <p>Condición: La matriz de riesgos institucional actual funciona como herramienta operativa y administrativa, pero no cubre de manera suficiente los riesgos estratégicos de mediano y largo plazo.</p> <p>Criterio: La Ley 87 de 1993 y el Decreto 1499 de 2017 (MIPG) establecen que la gestión del riesgo debe ser integral, abarcando riesgos operativos, estratégicos, misionales y asistenciales, con trazabilidad hacia los objetivos institucionales.</p> <p>Causa: Enfoque limitado en riesgos operativos y ausencia de un esquema paralelo que incorpore riesgos estratégicos, misionales y académicos.</p> <p>Efecto: Riesgo de incumplimiento de objetivos estratégicos, falta de anticipación a amenazas críticas y debilitamiento del Sistema de Control Interno frente a la estrategia 2024–2028.</p> <p>Recomendación: fortalecer y complementar la matriz de riesgos institucional, incorporando de manera estructurada los riesgos estratégicos, misionales y académicos de mediano y largo plazo, de forma articulada con los objetivos institucionales, con el fin de mejorar la anticipación de amenazas, la gestión integral del riesgo y la efectividad del Sistema de Control Interno.</p> |
| 4 | <p>Objetivos estratégicos sin cobertura de riesgo</p> <p>Condición: Los objetivos estratégicos relacionados con impacto social, calidad de atención, experiencia del paciente, formación de talento humano, investigación, innovación, especialidades críticas y el legado institucional de rutas de salud carecen de cobertura en la matriz de riesgos.</p> <p>Criterio: El MIPG y las normas de gestión institucional exigen que los objetivos estratégicos estén respaldados por análisis de riesgos que permitan garantizar su cumplimiento.</p> <p>Causa: Falta de inclusión de riesgos estratégicos y misionales en la matriz actual, lo que limita la capacidad de gestión integral.</p> <p>Efecto: Riesgo de que los objetivos estratégicos 2024–2028 no se cumplan, afectando sostenibilidad, reputación institucional y capacidad de innovación.</p> <p>Recomendación: identificar, evaluar e incorporar en la matriz de riesgos institucional los riesgos asociados a los objetivos estratégicos señalados, asegurando su alineación con el direccionamiento estratégico, con el fin de fortalecer la gestión integral del riesgo y apoyar el cumplimiento de los objetivos definidos para el periodo 2024–2028.</p> |
| 5 | <p>Necesidad de una Matriz Estratégica de Riesgos</p> <p>Condición: No existe una Matriz Estratégica de Riesgos paralela a la operativa que incluya riesgos estratégicos, misionales, asistenciales, académicos, de resultados en salud, satisfacción usuaria, innovación y formación.</p> <p>Criterio: Las buenas prácticas de gestión del riesgo (COSO ERM, MIPG) recomiendan matrices diferenciadas que integren riesgos estratégicos con indicadores, controles y responsables definidos.</p> <p>Causa: Ausencia de diseño metodológico que articule riesgos estratégicos con indicadores y responsables en un horizonte de monitoreo.</p> |

| No. | Descripción de la recomendación |
|-----|--|
| | <p>Efecto: Riesgo de gestión fragmentada, falta de alineación con la estrategia institucional 2024–2028 y pérdida de capacidad para tomar decisiones basadas en evidencia.</p> <p>Recomendación: diseñar e implementar una Matriz Estratégica de Riesgos complementaria a la matriz operativa, que integre los riesgos estratégicos, misionales, asistenciales, académicos, de resultados en salud, satisfacción usuaria, innovación y formación, articulándolos con indicadores, controles y responsables, con el fin de fortalecer la alineación con la estrategia institucional 2024–2028 y la toma de decisiones basada en evidencia.</p> |
| 6 | <p>Debilidades reportadas en la encuesta de pre-saberes</p> <p>Condición: A partir de los resultados de la “Encuesta de Pre-saberes – Auditoría de Seguimientos 2025”, se evidencia un nivel general favorable de apropiación de los temas normativos, técnicos y de gestión evaluados; sin embargo, se identifican algunos componentes con porcentajes de asertividad relativamente menores.</p> <p>Criterio: De acuerdo con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y los lineamientos del Sistema de Control Interno, las entidades deben promover el fortalecimiento continuo de las competencias y conocimientos de los responsables de proceso, como mecanismo para asegurar el cumplimiento normativo, la adecuada gestión institucional y la mitigación de riesgos.</p> <p>Causa: La amplitud y complejidad del marco normativo aplicable, así como la diversidad de procesos y responsabilidades institucionales, pueden generar diferencias en los niveles de apropiación conceptual evidenciados en los resultados de la encuesta.</p> <p>Efecto: De no implementarse acciones de fortalecimiento sobre los componentes identificados con menor nivel de asertividad, podrían presentarse inconsistencias en la aplicación de la normativa y en la gestión de los procesos, incrementando el riesgo de incumplimientos y afectaciones al desempeño institucional.</p> <p>Recomendación: fortalecer de manera focalizada las estrategias de socialización, acompañamiento y actualización normativa en los componentes que presentan menores porcentajes de asertividad, con el fin de consolidar el conocimiento institucional, mejorar la aplicación de los lineamientos vigentes y prevenir riesgos de incumplimiento en la gestión de los procesos.</p> |

SOLICITUD: Las recomendaciones registradas anteriormente en este Informe de Auditoría, que requieran Plan de Mejoramiento, deben quedar plasmados conforme se enuncian, NO deben ser modificados de una manera total ni parcial.

El Código Único Disciplinario, Ley 734 de 2002 el cual se encuentra vigente a la fecha del presente informe de Auditoría, **Ley 1952 de 2019** – Código General Disciplinario, **Ley 2094 de 2021** – “Por medio de la cual se reforma la Ley 1952 de 2019 y se dictan otras disposiciones”, establece que se debe dar aplicabilidad a lo que se registra en las solicitudes realizadas y a las cuales se les debe dar respuesta por cada uno de los Responsables de Proceso y cuyo texto es el siguiente; “No dar respuesta a los requerimientos que se realicen constituye una falta disciplinaria”.

El presente informe de Auditoría es de carácter institucional, la verificación se realiza a información mínima publicada en el sitio WEB de propiedad de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA e Intranet, si bien es cierto que la información está bajo la responsabilidad de cada uno de los funcionarios públicos, no puede ser de carácter individual ni tampoco personal, por lo tanto las

observaciones y/o hallazgos aquí registrados, como los Planes de Mejoramiento a que dé lugar esta Auditoria son de carácter Institucional.



YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno



JHON ANDRES MENESES OROZCO
Profesional I Apoyo Control Interno

Bogotá, D.C. Diciembre 31 de 2025